

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD — LYON (I)

U. E. R. MÉDECINE SUD-OUEST

ANNÉE 1976 - N° 0536

A PROPOS DE 563 OBSERVATIONS
D'ACCOUCHEMENTS EN PRÉSENTATION
DU SIÈGE SURVENUS A LA MATERNITÉ
DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH
(janvier 1965 à décembre 1974)
Evaluation du risque foetal

THÈSE

présentée

à l'Université Claude Bernard - Lyon I
et soutenue publiquement le 10 décembre 1976
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

POMATHIOS Eve
née le 14 septembre 1942
à SCIONZIER (Haute-Savoie)



Editions L'HERMÈS
31 rue Pasteur 69007 LYON

UNIVERSITÉ CLAUDE BERNARD — LYON (I)

U. E. R. MÉDECINE SUD-OUEST

ANNÉE 1976 - N°

A PROPOS DE 563 OBSERVATIONS
D'ACCOUCHEMENTS EN PRÉSENTATION
DU SIÈGE SURVENUS A LA MATERNITÉ
DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

(janvier 1965 à décembre 1974)

Evaluation du risque fœtal

THÈSE

présentée

à l'Université Claude Bernard - Lyon I

et soutenue publiquement le 10 décembre 1976

pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

POMATHIOS Eve

née le 14 septembre 1942

à SCIONZIER (Haute-Savoie)



Editions L'HERMÈS
31 rue Pasteur 69007 LYON

ANNÉE 1976 - N°

A PROPOS DE 263 OBSERVATIONS
D'ACCOUCHEMENTS EN PRÉSENTATION
DU SIÈGE SURVENUS A LA MATERNITÉ
DE L'HÔPITAL SAINT-JOSEPH
(janvier 1965 à décembre 1974)
Evaluation du risque fœtal



THÈSE

présentée

à l'Université Claude Bernard - Lyon I
et soutenue publiquement le 10 décembre 1976
pour obtenir le grade de Docteur en Médecine

par

POMATHIOS Evg

né le 14 septembre 1942
à SCIONZIER (Haute-Savoie)



U.E.R. DE MEDECINE LYON SUD OUEST

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD - LYON 1

Président : Mr le Professeur D. GERMAIN

Premier Vice-Président : Mr le Professeur EL BAZ

Deuxième Vice-Président : Mr P. PONCET, Maître-assistant

Troisième Vice-Président : Mr M.H. BONNET, étudiant

Secrétaire Général de l'Université : Mr J. RAMBAUD, Administrateur civil

Unités d'Enseignement et de Recherche (U.E.R.)

U.E.R. de Médecine GRANGE-BLANCHE : Mr le Docteur B. SALLE, Maître de Conférences

U.E.R. de Médecine ALEXIS-CARREL : Mr le Professeur C. GIROD

U.E.R. de Médecine LYON-NORD : Mr le Professeur J.P. GARIN

U.E.R. de Médecine SUD-OUEST : Mr le Professeur J.M. ROBERT

U.E.R. des Sciences Pharmaceutiques : Mr le Professeur L. ODDOUX

U.E.R. des Techniques de Réadaptation : Mr A. MORGON, Maître de Conférences

U.E.R. de Biologie Humaine : Mr le Professeur J.C. CZYBA

U.E.R. d'Education Physique et Sportive : Mr A. MILLON, Professeur d'E.P.S.

U.E.R. des Sciences Odontologiques : Mr le Docteur R. VINCENT

U.E.R. de Mathématiques : Mr le Professeur H. BUCHWALTER

U.E.R. de Physique : Mr le Professeur R. UZAN

U.E.R. de Chimie et Biochimie : Mr le Professeur J. HUET

U.E.R. des Sciences et de la Nature : Mr le Professeur J. BRUN

U.E.R. des Sciences Physiologiques : Mr R. FONTANGES, Maître de Conférences

U.E.R. de Physique Nucléaire : Mr le Professeur A. SARAZIN

U.E.R. de Mécanique : Mr le Professeur J. MATHIEU

Observatoire de Lyon : Mr le Professeur J.H. BIGAY

I.U.T. 1 : Mr le Professeur B. POUYET

I.U.T. 2 : Mr J. GALLET, Directeur E.N.S.A.M.

D.E.R. DE MÉDECINE LYON-SUD-OUEST

PROFESSEURS TITULAIRES

Mrs BRUN Jacques	Clinique Pédiatrique-Pneumologie
CELOMB Daniel	Dermatologie
CIRARD Paul	Clinique des Maladies Infectieuses et d'Hygiène Générale
CHATELAIN Georges	Clinique Chirurgicale
LATALJET Michel	Clinique Maladies
HAYER Marcel	Cancérologie
BORMAND Jean	Cardiologie
DOTTER Armand	Gynécologie Obstétricale
PINET Edouard	Radiologie
PLANCHÉ Marcel	Endocrinologie et Médecine Interne
ROBERT Jacques	Chaire de Médecine Médicale
TOLOT François	Médecine Interne - Médecine du Tra- vail
VACHON Alphonse	Clinique Médicale - Maladies de l'Ap- pareil Digestif
VINCENT Daniel	Chaire de Biophysique Appliquée

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Mrs BASTIEN Georges	Anatomie
GILLY Robert	Pédiatrie
LAFRAS Claude	Neuro-Chirurgie
LOUISOT Pierre	Biochimie
MORET Robert	Biophysique
PERRIN FAYOLLE Max	Pneumo-Phtisiologie
SITE Jean	Mathématiques - Statistiques - In- formatique

UNIVERSITE CLAUDE BERNARD

U.E.R. DE MEDECINE LYON SUD OUEST

PROFESSEURS TITULAIRES

Mrs BRUN Jacques	Clinique Pneumo-Phtisiologique
COLOMB Daniel	Dermatologie
GIRARD Paul	Clinique Neuro-Psychiatrique et d'Hygiène mentale
GUILLEMIN Georges	Clinique Chirurgicale
LATARJET Michel	Clinique Chirurgicale
MAYER Marcel	Cancérologie
NORMAND Jean	Cardiologie
NOTTER Armand	Gynécologie Obstétrique
PINET Edouard	Radiologie
PLAUCHU Marcel	Endocrinologie et Médecine Interne
ROBERT Jacques	Chaire de Génétique Médicale
TOLOT François	Médecine Interne - Médecine du Tra- vail
VACHON Alphonse	Clinique Médicale - Maladies de l'Ap- pareil digestif
VINCENT Daniel	Chaire de Biochimie appliquée

PROFESSEURS SANS CHAIRE

Mrs BRAILLON Georges	Anatomie
GILLY Robert	Pédiatrie
LAPRAS Claude	Neuro-Chirurgie
LOUISOT Pierre	Biochimie
MORET Robert	Biophysique
PERRIN FAYOLLE Max	Pneumo-Phtisiologie
SITE Jean	Mathématiques - Statistiques - In- formatique

VIALLIER-RAYNARD Jean Bactériologie - Virologie

MAITRES DE CONFERENCES AGREGES

Mrs ARCHIMBAUD Jean-	
Pierre	Urologie
BERARD Philippe	Chirurgie Générale
BERTRAND Jean-Louis	Maladies Infectieuses
Mme BONNET Mireille	Ophtalmologie
Mrs BOUVIER Maurice	Rhumatologie
CABANAC Michel	Physiologie
CROISILLE Marc	Radiologie
DE VILLARD Regis	Neuro-Psychiatrie
DUBOIS Paul	Histologie
HAGUENAUER Jean-	
Paul	O.R.L.
JEANNEROD Marc	Médecine Expérimentale
JOUVENCEAUX André	Hémobiologie
LAIR Jacques	Stomatologie
LEVRAT Roger	Médecine Interne
LOMBARD PLATET Ro-	
ger	Séméiologie Chirurgicale
MICHEL Albert	Anesthésiologie
MOLLARD Pierre	Chirurgie Infantile
PALLARD Pierre	Séméiologie Médicale
REBOUILLAT Jacques	Chirurgie Générale
REVILLARD Jean-	
Pierre	Néphrologie
ROCHET Michel	Anatomie Pathologique
ROMAGNY Gabriel	Pédiatrie
TERMET Hubert	Chirurgie Thoracique et Cardio- vasculaire
TETE Roger	Médecine Interne
THOULON Jean-Marie	Gynécologie Obstétrique
TOUBOUL Peaul	Cardiologie
TRILLET Marc	Neurologie

A LA MEMOIRE DE MA SOEUR HUGUETTE

Trop tôt disparue.

A MON MARI

Dont la compréhension et le soutien moral
m'ont été précieux.

A LAURENT ET ANNE, MES ENFANTS

Qu'ils soient heureux.

A MES PARENTS

En remerciement de tous leurs sacrifices.

A MA SOEUR FRANCE

Qu'elle soit remerciée de son aide.

A MES FRERES

A MES BELLE-SOEURS

A MES BEAUX-FRERES

A TOUS MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur M. DUMONT

Il nous a fait le grand honneur de présider
notre jury de thèse.

Qu'il soit assuré de notre profond respect
et de notre gratitude.

A NOTRE JURY DE THESE

Monsieur le Professeur M. BETHENOD

Nous le remercions d'avoir bien voulu accepter de nous juger.

Qu'il veuille bien trouver ici l'expression de notre profond respect.

Madame le Docteur A. PINET, Maître de Conférences agrégé

Elle a bien voulu accepter de nous juger et nous l'en remercions vivement.

Qu'elle veuille bien trouver ici l'expression de notre respectueuse considération.

Monsieur le Docteur B. SALLE, Maître de Conférences agrégé

Il nous a accueilli avec bienveillance.

Qu'il soit assuré de notre gratitude.

Monsieur le Docteur J. GONNET

Il nous a manifesté sa confiance en nous proposant ce sujet.

Nous avons apprécié son dévouement et son aide énergique.

Qu'il soit assuré de notre reconnaissance.

A NOS MAITRES DE L'HOPITAL SAINT-JOSEPH

A Monsieur le Docteur BOULEZ

A Monsieur le Docteur BRUNAT

Nous avons apprécié sa gentillesse et sa simplicité.

Nous le remercions de nous avoir fait profiter de ses grandes compétences.

P L A N

AVANT PROPOS

VUE D'ENSEMBLE

Chapitre I. Classification générale.

- A - Suivant la parité.
- B - Suivant la variété du siège.
- C - Suivant le poids du fœtus.

Chapitre II. Classification selon le mode de terminaison de l'accouchement.

Chapitre III. Facteurs pouvant favoriser le siège.

- A - Causes d'ordre maternel.
- B - Causes d'ordre fœtal.
- C - Causes d'ordre annexiel.

PRONOSTIC MATERNEL.

PRONOSTIC FOETAL.

Chapitre I. Résultats globaux.

- A - La morbidité fœtale.
- B - La mortalité fœtale.

Chapitre II. Etude du pronostic fœtal.

- A - Facteurs maternels.
 - 1. Parité.
 - 2. Age.
 - 3. Anomalie du bassin.
 - 4. Poids de la mère.

B - Facteurs foetaux.

1. Type de siège.
2. Poids de l'enfant.
3. Attitude de la tête foetale.

C - Facteurs propres à l'accouchement.

1. Rupture prématurée des membranes.
2. Procidence du cordon.
3. Durée de la dilatation.
4. Mode de terminaison de l'accouchement.

CONCLUSIONS.

BIBLIOGRAPHIE.

A V A N T - P R O P O S

De tous temps l'accouchement en présentation du siège a préoccupé les obstétriciens, du fait d'un taux de mortalité et de morbidité foetales élevées.

Même à l'heure actuelle le pourcentage de mortalité reste élevé tout en étant devenu très inférieur à ce qu'il était au début du siècle.

Jusqu'à l'école d'Alexandrie, l'école d'HIPPOCRATE tendait avec quels dégats de transformer cette présentation par version.

La notion d'accouchement spontané par le siège n'apparut en France qu'avec AMBROISE PARE, vers 1550

MAURICEAU au 17ème siècle décrivit sa manoeuvre de petite extraction.

En 1821 Madame LACHAPELLE conseillait "d'agir avec lenteur et de devoir avec patience et ménagement recevoir le foetus expulsé par l'utérus, plutôt que de l'extraire".

Vers 1938, BRACHT décrivit une technique dont l'application permet d'obtenir une diminution de 11 % à 1,4 % de la mortalité foetale.

Aussi dans ce travail, nous nous proposons d'étudier tous les accouchements en présentation du siège survenus à la maternité de l'Hôpital SAINT JOSEPH, de janvier 1965 à décembre 1974.

Nous étudierons surtout la mortalité et la morbidité foetales ainsi que le pronostic foetal.

V U E D ' E N S E M B L E

Du 1er janvier 1965 au 31 décembre 1974, nous avons observé 590 accouchements en présentation du siège pour un nombre total d'accouchements durant la même période de 19.787 soit un pourcentage de 2,98 %, chiffre assez voisin des statistiques générales (2,7 % les 5 premières années, 3,3 % les 5 dernières années où la version par manoeuvres externes fût moins pratiquée) :

GRANJEON A., HENRION B. dans l'E.M.C.	3	%
MERGER Précis d'obstétrique.....	3,7	%
HALL.....	3,17	%
BARRIER.....	3 à 4	%

Nous éliminerons de notre étude 27 grossesses gémellaires. Il reste alors 563 accouchements.

CHAPITRE I - CLASSIFICATION GÉNÉRALE

A - Suivant la parité

354 primipares.....	62,9 %
- jeunes*	339
- âgées.....	15
209 multipares.....	37,1 %
- jeunes.....	178
- âgées.....	31

B - Suivant la variété du siège

288 sièges DECOMPLETES.....	51,15 %
194 primipares	
94 multipares	
136 sièges COMPLETS.....	24,15 %
73 primipares	
63 multipares	
139 sièges NON PRECISES.....	24,70 %
87 primipares	
52 multipares	

* nous entendons par parturientes jeunes toutes celles de moins de 35 ans.

C - Suivant le poids du foetus

(	:	:	)
(	Poids	: Nombre	)
(	:	: de cas	)
(	:	:	)
(	-----	-----	)
(	inférieurs à 2500 g.:	68	)
(	:	:	)
(	de 2500 à 3000 g.	: 141	)
(	:	:	)
(	de 3000 à 3500 g.	: 198	)
(	:	:	)
(	de 3500 à 4000 g.	: 132	)
(	:	:	)
(	supérieurs à 4000 g.:	24	)
(	:	:	)
(	:	:	)
(	:	563	)
(	:	:	)
(	:	:	)
(	:	100	)
(	:	:	)
(	:	:	)

POIDS FOETAL

CHAPITRE II - CLASSIFICATION SELON LE MODE DE TERMINAISON DE L'ACCOUCHEMENT

Nous entendons par accouchement simple ou aidé tous les accouchements soit totalement spontanés soit terminés par la manoeuvre de BRACHT, ou après échec de BRACHT terminés par la manoeuvre de MAURICEAU. ils entreront dans le cadre des accouchements spontanés.

L'accouchement a été spontané 395 fois... 70,1 %
 . Manoeuvre de BRACHT 311 fois... 55,2 %
 . Manoeuvre de MAURICEAU 84 fois 14,9 %

Des manoeuvres obstétricales ont été pratiquées 88 fois..... 15,6 %
 . 31 G.E.S.* 5,5 %
 . 49 P.E.S.** 8,7 %
 . 7 forceps sur tête dernière... 1,2 %
 . 1 ventouse sur siège..... 0,2 %

La césarienne a été pratiquée 80 fois... 14,2 %
 . 55 césariennes chez la primipare 9,8 %
 . 25 césariennes chez la multipare 4,4 %

Selon la parité :

 . 354 primipares..... 15,5 %
 . 209 multipares..... 12 %

* grandes extractions du siège

** petites extractions du siège

CHAPITRE III - FACTEURS POUVANT FAVORISER LE SIEGE

A - Causes d'ordre maternel

1. La parité

La primiparité favoriserait le siège dans notre étude puisque nous avons observé 354 primipares pour 209 multipares.

Les statistiques à ce sujet sont très discordantes :

Primipares < Multipares pour POTTER et coll.

Primipares $\approx$ Multipares pour MERGER
TODD

Primipares > Multipares dans les statistiques plus récentes pour HALL et coll.

La discordance des résultats ci-dessus ne permet de tirer aucune conclusion, sinon que l'incidence de la parité paraît faible.

2. Les bassins rétrécis : 78 cas... 13,85 %

59 chez les primipares

10 bassins aplatis

33 bassins transversalement rétrécis

9 bassins généralement rétrécis

7 anomalies diverses

19 chez les multipares

18 bassins rétrécis dont 12 bassins TR.
1 bassin assymétrique.

Les bassins aplatis et surtout TR favorise-
raient la présentation du siège. (LYONNET, GONNET, 1961).

3. Les tumeurs praevia.

(Nous avons noté 4 utérus fibromateux)

Dans notre étude, nous n'avons relevé aucune
observation de tumeurs praevia.

4. Malformations utérines.

Nous les avons observées dans

7 cas..... 1,2 %

- 5 utérus bicornes,
- 1 utérus double,
- 1 utérus cordiforme.

B - Causes d'ordre foetal.

1. Petit volume de l'enfant

Nous avons observé 68 cas de foetus de moins
de 2500 grammes soit dans une proportion de 12,1 %.

On retrouve dans toutes les statistiques un
pourcentage de prématurés chez les enfants nés en pré-
sentation du siège de l'ordre de 20 %.

La prématurité favoriserait le siège

2. Excès de volume foetal.

Nous avons observé 24 cas d'enfants de 4000 g.
et plus soit dans une proportion de 4,3 %.

3. Malformations foetales.

Au cours des 563 observations d'accouchements en présentation du siège, nous avons retrouvé 10 enfants malformés, soit dans 1,8 % des cas (hernie embryonnaire, hydrocéphalie + spina bifida, trisomie 21, 2 hypospadias, une fissure palatine, une imperforation anale, 3 cas d'hydrocéphalie).

ROVINSKY note des malformations foetales dans 2,1 % des sièges à terme, contre 0,8 % dans les présentations du sommet.

C - Causes d'ordre annexiel.

1. Hydramnios.

Nous avons observé 4 cas, soit dans une proportion de 0,7 %.

2. Brieveté du cordon essentielle ou relative

Elle a été notée 25 fois soit dans une proportion de 4,4 %.

3. Insertion basse du placenta.

Nous avons noté 11 cas de placenta praevia soit dans une proportion de 2 % des cas.

Nos chiffres concordent avec ceux obtenus par ARAVANTINOS : 1,2 % (Pour 0,77 % dans l'ensemble des présentations).

SCHRAGE étudiant les facteurs pouvant favoriser la présentation du siège à propos de 510 observations, retient comme cause favorisante la mort du foetus, l'absence de liquide amniotique. Les présentations du siège sont plus fréquentes chez la primipare, lors des grossesses multiples et chez les enfants de faible poids.

Le placenta praevia, l'hydramnios, les tumeurs du petit bassin ne jouent aucun rôle.

PRONOSTIC MATERNEL

Actuellement le pronostic maternel n'a pas changé. La présentation du siège n'influe pas sur le pourcentage de la mortalité maternelle.

Dans notre série nous n'avons relevé aucun décès maternel.

Il faut seulement envisager la morbidité maternelle avec risques accrus de lésions traumatiques (lésions vulvovaginales et périnéales), d'infections puerpérales ainsi que d'accidents thromboemboliques.

Les épisiotomies n'entreront pas dans le cadre de cette morbidité (115 épisiotomies ont été pratiquées dont 96 chez la primipare et 19 chez la multipare).

Dans notre série de 563 accouchements par le siège, nous avons noté 122 cas de morbidité maternelle soit..... 21,8 %

- 68 cas chez la primipare 19,2 %

- 55 cas chez la multipare 26,3 %

1. Déchirures périnéovaginales

108 cas..... 19,2 %

- 58 cas chez la primipare 16,4 %

- 50 cas chez la multipare 23,9 %

. Déchirures simples.....18,1 %
(102 cas)

- 54 cas chez la primipare

- 48 cas chez la multipare

. Déchirures complètes.....3,7 %
(4 cas)

- 3 cas chez la primipare
- 1 cas chez la multipare

, Déchirures compliquées..... 1,9 %
(2 cas)

2 cas chez la primipare

2. Suites fébriles 10 cas..... 1,8 %

Ces hyperthermies peuvent s'expliquer par une longueur accrue du travail ainsi que par un taux d'intervention plus élevé que dans la présentation du sommet.

3. Accidents thrombo-emboliques 5 cas.... 0,9 %

Les différentes statistiques de morbidité maternelle montrent des taux beaucoup plus bas :

ARAVANTINOS..... 5,8 %

DIEKMANN et HARROD..... 8,4 %

Mais en fait il est difficile à la lecture de ces statistiques d'établir des comparaisons du fait de l'imprécision des cas de morbidité ;

Cependant, notre taux apparemment élevé de morbidité maternelle pourrait être considérablement réduit par une utilisation plus large de l'épisiotomie chez la multipare (50 cas de déchirures chez la multipare, soit 23,9 % contre 57 cas chez la primipare soit 16,1 %).

De toutes façons cette morbidité a été sans conséquence, toutes les déchirures périnéales se sont cicatrisées parfaitement, sans séquelles.

PRONOSTIC FOETAL

Question capitale de l'obstétrique moderne compte tenu d'une mortalité et d'une morbidité importantes.

Chaque fois qu'un enfant naît par le siège, il faut avoir présent à l'esprit que 20 % des enfants présentant un retard psychique ou moteur ont été accouchés par le siège (les uns après un traumatisme obstétrical reconnu, les autres sans qu'il y ait eu d'anomalies constatées par l'accoucheur pendant l'accouchement). Donc la présentation pelvienne à elle seule en dehors de tous facteurs de gravité surajoutés constitue un danger pour l'enfant.

Dans la thèse de VARNIER inspirée par le Pr agrégé THOULON des mesures faites dans le sang du cordon lors d'accouchements par le siège ont trouvé un Ph moyen de 7,28 alors que dans les présentations céphaliques ce Ph moyen est de 7,33.

TENHAEFF, comparant un groupe d'enfants de 8 à 15 ans fréquentant une école pour handicapés psychomoteurs avec un groupe d'enfants normaux du même âge, relève un pourcentage d'enfants nés en présentation du siège beaucoup plus élevé dans l'école spécialisée (7,8 % contre 3,1 %).

L'enfant né en présentation du siège est exposé :

1. aux risques de souffrance foetale par ANOXIE ou ASPHIXIE, constatée in utéro par une modification du rythme cardiaque (soit bradycardie ou soit tachycardie).

L'expulsion du méconium, due à la compression de l'abdomen foetal n'a pas la valeur péjorative qu'elle

comporte dans les présentations céphaliques. Elle conserve cependant une valeur d'alerte lorsque la présentation est haute. Ces risques seront dépistés très tôt grâce à la surveillance continue durant l'accouchement par monitoring ou par la mesure du Ph, bien que d'exécution délicate dans les présentations du siège et exigeant une rupture artificielle des membranes peu souhaitable.

2. Aux risques TRAUMATIQUES qui sont beaucoup plus importants au cours des présentations pelviennes.

Pour POTTER aux Etats-Unis, les lésions traumatiques seraient la troisième cause de mortalité après la prématurité et l'asphixie. 15 % des enfants décédés au cours du premier ^{mors} de la vie seraient nés en présentation du siège et dans 42 % des cas des lésions traumatiques hémorragiques auraient entraîné la mort.

CHAPITRE I - RÉSULTATS GLOBAUX

A - La morbidité foetale

Pour l'ensemble de nos observations la morbidité foetale s'élève à :

- 58 cas sur 563 accouchements, soit 10,3 %

1. Résultats :

. suivant la parité :

41 cas de primipare..... 11,6 %

17 cas de multipare..... 8,1 %

. suivant le type de siège :

34 cas de sièges décomplétés 11,8 %

16 cas de sièges complets 11,8 %

8 cas de sièges non précisés 5,8 %

. suivant le poids foetal :

(	:	:	)
(Poids foetal	: Nombre de cas	: Pourcentage	)
(-----	-----	-----	)
(Moins de 2500 g.	: 8	: 11,8 %	)
(	:	:	)
(2500 à 3000 g	: 12	: 8,5 %	)
(	:	:	)
(3000 à 3500 g	: 27	: 13,6 %	)
(	:	:	)
(3500 à 4000 g	: 7	: 5,3 %	)
(	:	:	)
(≥ 4000 g	: 4	: 16,7 %	)
(	:	:	)

MORBIDITE EN FONCTION DU POIDS

chement : . Suivant le mode de terminaison de l'accou-

- Manoeuvres de BRACHT	
13 cas sur 311.....	4,2 %
- Manoeuvres de MAURICEAU	
11 cas sur 84.....	13,1 %
- Petites extractions du siège	
19 cas sur 49.....	38,8 %
- Grandes extractions du siège	
6 cas sur 31.....	19,4 %
- Forceps sur tête dernière	
3 sur 7.....	42,9 %
- Césariennes	
6 cas sur 80.....	7,5 %

2. Différents types de lésions rencontrées :

a) Enfants réanimés :

- 34 cas pour 563 observations.....	6 %
chez la primipare	
23 cas sur 354.....	6,5 %
chez la multipare	
11 cas sur 209.....	5,3 %

b) Hémorragies méningées :

- 7 cas pour 563 observations.....	1,2 %
chez la primipare	
5 cas sur 354.....	1,4 %
chez la multipare	
2 cas sur 209.....	0,95 %

c) Atteinte du plexus brachial :

- 10 cas pour 563 observations..... 1,8 %
(dont un cas associé à une paralysie
phrénique)

chez la primipare

7 cas sur 354..... 1,9 %

chez la multipare

3 cas sur 209..... 1,4 %

d) Hématome du sterno-cleido-mastoïdien

- 6 cas pour 563 observations..... 1,1 %

chez la primipare..... 1,1 %

chez la multipare

2 cas sur 209..... 0,95 %

e) Lésions diverses : 7 cas

- 1 ulcération du plancher de la bouche

- 1 fracture de la clavicule

- 1 fracture de l'humérus

- 2 hématomes des bourses

- 1 céphalématome occipital

- 1 pneumothorax

3. Résumé des observations de morbidité foetale :

Le nombre de nos observations est supérieur au nombre de cas, certains enfants ayant présenté simultanément plusieurs types de lésions.

RESUME DES OBSERVATIONS DES CAS DE MORBIDITE FOETALE :

I - ENFANTS REANIMES

Obs. N° 1 (1966 N° 719) I^{er} pare de 23 ans. Accouchement en siège décomplété à terme dans un bassin normal terminé par FO sur TD. Garçon 3250 g. réanimé 3 minutes (micorène sous cutané). Dilatation 19 heures expulsion 0h,30. Membrane rompue à l'entrée. Au départ, examen normal.

Obs. N° 2 (1966 N° 1718) I^{er} pare de 27 ans. Accouchement en siège décomplété à terme dans un bassin plutôt grand terminé par GES + FO sur TD pour arrêt de la progression. Garçon 3020 g. né étonné réanimé 1mn 1/2 (micorène + O₂) Examen de départ normal.

Obs. N° 3 (1967 N° 147) I^{er} pare de 29 ans. Accouchement à 8 mois et demi en siège décomplété terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon 3250 g. né étonné (Apgar à 7) (micorène + O₂) dilatation 12 heures, expulsion 0h,40. Bassin cliniquement normal. Rupture spontanée des membranes à domicile.

Obs. N° 4 (1967 N° 449) II^e pare de 34 ans, hyperthyroïdie traitée par traitement médical. Accouchement à 8 1/4 mois en siège décomplété dans un bassin normal terminé par manoeuvre de BRACHT. Fille 3020 g. réanimée 5 mn. (Apgar 6-7-10). (micorène coramine et O₂). L'enfant crie au bout de 8/10 minutes. Examen de départ normal. Dilatation 3h,30 expulsion 20 mn.

Obs. N° 5 (1967 N° 800) I^{er} pare de 29 ans. Accouchement à terme en siège décomplété se dégageant dos en arrière. PES du siège + FO sur TD. Fille 3340 g. syncope blanche, réanimée 3 minutes (micorène heptamyl O₂) Bassin légèrement transversalement rétréci. Dilatation 9h, expulsion 0h,30. Rupture artificielle des membranes. Examen de sortie normal.

Obs. N° 6 (1967 N° 2024) III^e pare de 25 ans. Accouchement en siège décomplété à 8 mois 1/2 terminé par PES dans un bassin légèrement aplati. Fille 3480 g. née étonnée réanimée 5 mn. (Micorène heptamyl O₂ aspiration) Dilatation 13h,20 expulsion 10 mn. Rupture spontanée des membranes à domicile. Examen de sortie négatif.

Obs. N° 7 (1968 N° 680) Le père de 25 ans. Accouchement à terme + 15 jours en siège décomplété dans un bassin radiologiquement normal terminé par PES. Garçon 3900 g. réanimé 5 mn (Apgar 6) examen de départ normal. Dilatation 6h,30 expulsion 0h,45. Rupture spontanée des membranes à domicile;

Obs. N° 8 (1968 N° 1086) Le père de 24 ans. Accouchement en siège complet à 8 1/2 mois dans un bassin radiologiquement normal terminé par manoeuvre de MAURICEAU. Procidence du cordon dès le début de l'expulsion. Garçon 2400 g. en état de mort apparente, réanimé 30 mn. (Apgar 2) (aspiration micorène coramine, mise en couveuse) Examen de sortie normal. Dilatation 6h,45, expulsion 0h,15. Rupture spontanée des membranes.

Obs. N° 9 (1968 N° 1449) Le père tardive de 38 ans, sans stérilité antécédente. Accouchement en siège complet à terme dans un bassin radiologiquement suffisant terminé par GES + FO sur TD pour arrêt de la progression et dystocie des épaules. Garçon 3700 g. en état de mort apparente, mais facile à réanimer. Examen de sortie normal. Dilatation ? expulsion 40 mn.

Obs. N° 10 (1968 N° 1612) Ille père de 26 ans. Accouchement en siège décomplété à terme terminé par PES, dans un bassin normal. Fille 3150 g. réanimée 5 mn (Apgar 6) Examen de départ normal. Dilatation 8h,20 expulsion 0h,15. Membranes rompues à domicile.

Obs. N° 11 (1970 N° 595) Le père de 22 ans. Accouchement prématuré à 8 mois en siège complet dans un bassin cliniquement suffisant terminé par manoeuvre de MAURICEAU. Fille 2400 g. en état de mort apparente réanimée 15 mn. Adressée à S bis (convulsions) Hémorragie méningée certaine dont l'évolution immédiate a été très favorable. Dilatation 7h,05 expulsion 0h,25. Rupture artificielle des membranes. Procidence du cordon en début d'expulsion.

Obs. N° 12 (1970 N° 963) Le père tardive de 32 ans sans stérilité antécédente. Accouchement en siège décomplété à terme dans un bassin radiologiquement normal terminé par GES pour efforts expulsifs inefficaces. Fille 3450 g. réanimée 5 mn. (Réanimation métabolique) (Apgar 4-7-10) Examen de sortie normal. EEG pratiqué à 6 mois normal. Dilatation 18h,30 expulsion 2h. Membranes rompues à domicile.

Obs. N° 13 (1970 N° 1720) IIIe pare de 28 ans. Accouchement à 8 3/4 mois en siège décomplété terminé par PES, dégagement en occipito-sacré. Garçon 3260 g. (Apgar 2) très hypotonique. Réanimation métabolique par voie funiculaire. Dilatation 6h. expulsion 0h.30. membranes rompues à domicile. Parésie brachiale bilatérale. Examen de départ normal.

Obs. N° 14 (1971 N° 957) Ie pare de 25 ans. Accouchement à terme en siège décomplété terminé par PES. Difficultés pour dégager la TD (rétraction du col). Garçon 3720 g. (Apgar 1) très hypotonique et cyanosé. Aspiration résuscitator, O₂ réanimation métabolique par voie funiculaire. Parésie du membre supérieur droit. Hémorragie méningée. EEG à 1 mois normal. Dilatation 27h.55, expulsion 0h.15. Rupture spontanée des membranes à domicile, depuis 24 heures.

Obs. N° 15 (1971 N° 1096) IIe pare de 32 ans. Accouchement en siège complet à 8 1/4 mois terminé par manoeuvre de MAURICEAU. Fille 1750 g, dysmature (Apgar 6-9-9) adressée à l'Hôpital DEBROUSSE (à l'entrée elle présentait un état septique avec a l'hémoculture pneumocoque, mauvais examen neurologique troubles à EEG que l'on retrouve à l'âge de 6 mois) Dilatation 3h.55 expulsion 0h.10. Rupture spontanée des membranes à domicile, liquide méconial.

Obs. N° 16 (1971 N° 1377) Ie pare de 24 ans. Accouchement en siège décomplété à terme terminé par hystérotomie pour dystocie mécanique et souffrance foetale. Fille 3600 g. (Apgar 7-10) (Aspiration O₂). Membranes rompues depuis 12 heures, liquide très méconial.

Obs. N° 17 (1971 N° 1400) Xe pare de 40 ans. Accouchement en siège décomplété à terme terminé par PES, Fille 4000 g. (Apgar 7-10) Aspiration O₂, dilatation 5h.10 expulsion 0h.25. Rupture artificielle des membranes, liquide très teinté. , BC +. Examen de sortie normal.

Obs. N° 18 (1971 N° 1486) IIIe pare de 25 ans. Accouchement en siège non précisé terminé par hystérotomie pour bassin transversalement rétréci, à 10 jours du terme. Fille 2100 g. (Apgar 2-5-10) ayant nécessité une réanimation intensive. Examen de départ normal hormis l'hypotrophie. Rupture des membranes depuis 24 heures. La femme entre dans le service à dilatation complète.

Obs. N° 19 (1971 N° 1538) Ie pare de 24 ans. Accouchement en siège décom-
plété à terme dans un bassin transversalement rétréci, terminé par PES + FO
sur TD. Garçon 2800 g. (Apgar 4-10) ayant nécessité une réanimation méta-
bolique. Dilatation 9h.15. Expulsion 0h.45. Examen de départ normal. Mem-
branes rompues à domicile.

Obs. N° 20 (1971 N° 1682) Ie pare de 19 ans. Accouchement en siège non
précisé terminé par GES + FO sur tête dernière pour souffrance foetale et
arrêt de la progression à 8 cms. Fille 3100 g. (Apgar 6-8-10) ayant nécessi-
té une réanimation métabolique + intubation. Examen de départ normal. En
1974 on apprend par la mère que l'enfant va bien. Dilatation 6h.30 expul-
sion 0h.10. Membranes rompues à domicile.

Obs. N° 21 (1971 N° 1807) IIIe pare de 25 ans. Accouchement en siège com-
plet à 8 1/2 mois terminé par PES. Fille 2100 g. dysmature (Apgar 4-10-10).
Examen de sortie normal. Dilatation 7h.35 expulsion 0h.05. Rupture artifi-
cielle des membranes.

Obs. N° 22 (1972 N° 358) Ie pare de 24 ans. Accouchement en siège non pré-
cisé terminé par hystérotomie prophylactique pour bassin TR. Garçon 3380 g.
ayant présenté une détresse respiratoire 5 mn. après la naissance. (Apgar 8 à
1 mn 1 à 5 mn. 4 à 10 mn. et 10 à 30 mn) Réanimation métabolique. Exa-
men de sortie normal, EEG normal, en 1974 on apprend par la mère que l'en-
fant va bien.

Obs. N° 23 (1972 N° 427) Ie pare de 23 ans. Accouchement à 8 mois en
siège décomplété dans un bassin cliniquement normal terminé par manoeuvre
de BRACHT. Garçon 3020 g. (Apgar 4-8-10) réanimation métabolique. Exa-
men de départ normal. Dilatation 10h.45 expulsion 0h.30. Rupture artificiel-
le des membranes.

Obs. N° 24 (1972 N° 593) IIIe pare de 38 ans. Accouchement en siège com-
plet à terme terminé par hystérotomie, pour procidence du cordon, avec col
à 2 cms. Garçon 2960 g. en état de mort apparente. réanimation pendant
30 mn. (Apgar 1 à 1 mn, 1 à 5 mn, 6 à 30 mn.) Hospitalisation à STE
EUGENIE. A l'entrée souffrance cérébrale et EEG à la 10ème heure très anor-
mal. Avenir cérébral très compromis.

Obs. N° 25 (1972 N° 1029) Le père de 19 ans. Accouchement à terme en siège complet dans un bassin cliniquement normal, terminé par manoeuvre de MAURICEAU. Fille 4120 g. (Apgar 4-7-10) Réanimation métabolique. Légère parésie du membre supérieur gauche. Examen de sortie normal. Dilatation 6h,30 expulsion 0h,30. Rupture des membranes à l'entrée dans le service.

Obs. N° 26 (1972 N° 1724) Le père de 23 ans. Accouchement en siège décomplété à 8 1/4 mois terminé par PES. dans un bassin asymétrique. Garçon 3100 g. (Apgar 6-10) ayant nécessité une réanimation métabolique. Examen de sortie normal. Dilatation 11h. expulsion 0h,45. Rupture spontanée des membranes à domicile.

Obs. N° 27 (1973 N° 23) Le père de 25 ans. Accouchement à terme en siège décomplété dans un bassin radiologiquement suffisant terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon 3100 g. (Apgar 7-10) ayant nécessité une réanimation métabolique. Examen de sortie normal. Dilatation 9h,15, expulsion 0h,20. Rupture spontanée des membranes au cours du travail.

Obs. N° 28 (1973 N° 540) Le père de 25 ans. Accouchement à terme en siège décomplété dans un bassin radiologiquement normal, terminé par PES + FO sur TD. Fille 3200 g. (Apgar 5-7-10) réanimation métabolique. Examen de sortie normal. Dilatation 10h,50. Rupture spontanée des membranes au cours du travail.

Obs. N° 29 (1973 N° 1571) Le père de 20 ans. Accouchement en siège décomplété à terme dans un bassin radiologiquement normal, terminé par manoeuvre de BRACHT. Fille 3350 g. (Apgar 6-10-10) Aspiration O₂. Examen de sortie normal. Dilatation 7h,15, expulsion 0h,15. Rupture des membranes à domicile. Liquide légèrement teinté.

Obs. N° 30 (1973 N° 1593) Le père de 27 ans. Accouchement à terme en siège décomplété terminé par manoeuvre de MAURICEAU dans un bassin sensiblement normal. Fille 2740 g. (Apgar 5-8-10) Réanimation métabolique, intubation. Ralentissement des BC au monitoring. Examen de sortie normal. Dilatation 4h,15, expulsion 0h,15. Rupture spontanée des membranes en début de dilatation. Liquide légèrement teinté.

Obs. N° 31 (1974 N° 51) Ie pare de 19 ans. Accouchement en siège décom-
plété à terme terminé par PES dans un bassin normal mais sacrum droit et
sacroccocyx en hameçon, Garçon 3300 g. (Apgar 5-8-10) réanimation méta-
bolique. Examen de sortie normal. Dilatation 13h.15, expulsion 1h. Rupture
artificielle des membranes.

Obs. N° 32 (1974 N° 72) Iie pare de 27 ans. Accouchement en siège com-
plet dans un bassin cliniquement normal terminé par manoeuvre de MAURICEAU.
Fille 3350 g. (Apgar 5-10-10) aspiration O_2 . Examen de sortie normal. Dila-
tation 4h.55, expulsion 0h.20. Rupture spontanée des membranes à domicile.

Obs. N° 33 (1974 N° 89) Ie pare de 20 ans. Accouchement en siège décom-
plété à la 40 ème semaine, terminé par PES. Fille 3160 g. (Apgar 6-10-10)
Aspiration O_2 . Examen de départ normal. Dilatation 6h.30, expulsion 0h.35.
Rupture spontanée des membranes à domicile.

Obs. N° 34 (1974 N° 1322) Iie pare de 25 ans. Accouchement à terme en
siège complet, tête OS, terminé par PES. Fille 3570 g. (Apgar 6-10-10)
Aspiration O_2 . Examen de sortie normal, hormis un stridor congénital. Dila-
tation 4h.55, expulsion 0h.05. Rupture spontanée des membranes à domici-
le.

II - HEMORRAGIES MENINGEES

Obs. N° 1 (1965 N° 281) Le pere de 20 ans. Accouchement en siège décom-
plété après déclenchement par bougie de KRAUSE pour terme dépassé dans
un bassin radiologiquement normal terminé par manoeuvre de MAURICEAU.
Garçon 3500 g. d'aspect post-mature mais vigoureux. Hémorragie méningée
au 1er jour. Examen de sortie normal. Dilatation 5h.20, expulsion 0h.45.
Membranes rompues en cours de travail.

Obs. N° 2 (1965 N° 494) Le pere de 25 ans. Accouchement en siège non pré-
cisé à terme dans un bassin cliniquement normal, terminé par PES + FO sur
TD. Garçon 3260 g. Au 2ème jour, hémorragie méningée discrète. Examen
de sortie normal. Dilatation 11h, expulsion 0h.30. Rupture spontanée des
membranes à 5 cms.

Obs. N° 3 (1969 N° 1537) Ile pere de 23 ans. Accouchement à 8 1/4 mois
en siège décomplété terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon 2750 g.
(Apgar à 10), hémorragie méningée discrète au 3ème jour. Examen de sor-
tie normal. Dilatation 7h.40, expulsion 0h.10. Rupture artificielle des mem-
branes.

Obs. N° 4 (1971 N° 588) Le pere de 23 ans. Accouchement à terme en siè-
ge complet dans un bassin radiologiquement normal, terminé par manoeuvre de
BRACHT. Fille 2850 g. (Apgar 10), hémorragie méningée au 5ème jour.
Examen de sortie normal. Dilatation 13h.10, expulsion 0h.40. Rupture sponta-
née des membranes à domicile, (6h.50 avant l'expulsion).

Obs. N° 5 (1971 N° 2035) Ile pere de 26 ans. Accouchement en siège décom-
plété dans un grand bassin terminé par PES. Garçon 3020 g. (Apgar 6-9-10)
aspiration O₂. Hémorragie méningée au 2ème jour. Examen de sortie normal.
Dilatation 5h.30, expulsion 0h.05. Rupture artificielle des membranes.

Obs. N° 6 (1970 N° 595)

Obs. N° 7 (1971 N° 957)

Ces deux observations ont été notées lors des observations de réani-
mation foetale.

III - ATTEINTE DU PLEXUS BRACHIAL

Obs. N° 1 (1969 N° 733) Ie pare de 24 ans. Accouchement en siège décom-
plété dans un bassin à grand diamètre, légèrement TR, terminé par FO sur
TD. Garçon 2800 g. (Apgar 10) légère parésie du membre supérieur gauche,
nettement améliorée au moment du départ. Dilatation 8h.20, expulsion 1h.,
rupture artificielle des membranes.

Obs. N° 2 (1970 N° 906) IIle pare de 30 ans. Accouchement en siège com-
plet à terme, terminé par manoeuvre de MAURICEAU. Fille 4020 g. (Apgar
10). Paralysie brachiale droite, nécessitant au départ des séances de galvano-
thérapie et de kinésithérapie. Dilatation 8h.20, expulsion 0h.20. Rupture ar-
tificielle des membranes.

Obs. N° 3 (1971 N° 629) Ie pare de 23 ans. Accouchement en siège complet
à terme dans un grand bassin, terminé par PES + FO sur TD. Garçon 3340 g.
(Apgar 8-10) Légère parésie du plexus brachial gauche, ayant complètement
disparue au départ. Dilatation 12h, expulsion 0h.15. Rupture spontanée des
membranes à domicile.

Obs. N° 4 (1971 N° 1789) IIe pare de 28 ans. Accouchement en siège complet
à terme, terminé par PES dans un bassin très légèrement GR. Fille 2950 g.
(Apgar 10) parésie brachiale droite ayant pratiquement régressé au départ. Di-
latation 3h.05, expulsion 0h.10. Rupture spontanée des membranes à domicile.

Obs. N° 5 (1972 N° 337) Ie pare de 26 ans. Accouchement en siège non pré-
cisé à terme, terminé par GES pour souffrance foetale et arrêt de la progres-
sion. Garçon 3200 g., double circulaire du cordon très serré. Fracture de
l'humérus gauche, paralysie du plexus brachial droit, paralysie phrénique droite.
Dilatation 12h, expulsion 35 mn. Rupture spontanée des membranes à domicile.

Obs. N° 6 (1974 N° 647) Ie pare de 30 ans. Accouchement en siège complet
à terme dans un bassin radiologiquement normal, terminé par manoeuvre de
BRACHT. Fille 3290 g. (Apgar 10) parésie brachiale gauche. Séances de kiné-
sithérapie et galvanothérapie. Dilatation 3h, expulsion 0h.20. Rupture sponta-
née des membranes, à domicile.

Obs. N° 7 (1974 N° 762) le père de 29 ans. Accouchement en siège décom-
plété à terme, terminé par PES. Fille 2530 g. (Apgar 10) Parésie brachiale
bilatérale. Galvanothérapie, position en salut militaire. Dilatation 5h, expul-
sion 0h.15. Membranes rompues à domicile.

Obs. N° 8 (1970 N° 1720)

Obs. N° 9 (1971 N° 957)

Obs. N° 10 (1972 N° 1029)

déjà notées lors des observations précédentes.

IV - HEMATOME DU STERNO-CLEIDO-MASTOÏDIEN

Obs. N° 1 (1965 N° 1700) Ie pare de 18 ans. Accouchement à 8 1/2 mois en siège complet, terminé par manoeuvre de BRACHT, dans un bassin sensiblement normal. Fille 1900 g. Hématome du sterno-cleido-mastoïdien droit. Dilatation 3h., expulsion 0h.20. Rupture spontanée des membranes à domicile.

Obs. N° 2 (1970 N° 1890) IIIe geste, Ie pare de 26 ans. Accouchement en siège non précisé, terminé par césarienne prophylactique (mortinatalité antérieure par prématurité) + bassin rétréci. Fille 2850 g. (Apgar 10), hématome SCM droit.

Obs. N° 3 (1974 N° 324) Ie pare de 23 ans. Accouchement en siège décomplété dans un bassin radiologiquement normal terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon 3350 g. (Apgar 10) hématome SCM droit. Dilatation 8h.15 expulsion 0h.35. Rupture spontanée des membranes à domicile.

Obs. N° 4 (1974 N° 457) IIe pare de 34 ans. Accouchement à la 35ème semaine en siège décomplété terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon 2280 g. (Apgar 10) hématome SCM gauche. Dilatation 3h.40 expulsion 0h.10. Rupture artificielle des membranes.

Obs. N° 5 (1974 N° 480) Ie pare de 25 ans. Accouchement en siège non précisé terminé par césarienne prophylactique pour bassin rétréci. Garçon 3800 g. (Apgar 8-10) hématome SCM

Obs. N° 6 (1974 N° 1118) IIe pare de 26 ans. Accouchement prématuré à la 35ème semaine, en siège décomplété terminé par manoeuvre de BRACHT. Fille 2050 g. (Apgar 10) hématome SCM gauche. Dilatation 1h.50, expulsion 0h.05. Rupture spontanée des membranes à domicile.

V - LESIONS DIVERSES

- ULCERATION DU PLANCHER DE LA BOUCHE

Obs. N° 1 (1967 N° 1732) le père de 22 ans. Accouchement à 8 1/2 mois en siège complet dans un bassin radiologiquement suffisant, terminé par manoeuvre de MAURICEAU. Fille 2920 g. vigoureuse. Ulcération du plancher de la bouche probablement traumatique au cours de la manoeuvre de MAURICEAU. Dilatation 8h,30 expulsion 0h,10. Rupture spontanée des membranes à 4cms.

- FRACTURE DE LA CLAVICULE

Obs. N° 1 (1969 N° 1718) le père de 27 ans. Accouchement à terme en siège décomplété dans un bassin plutôt grand, mais un peu rond, terminé par GES pour arrêt de la progression. Garçon 4150 g. (Apgar 10) fracture de la clavicule droite, sans atteinte des plexus. Dilatation 8h,30 expulsion 1h,20. Rupture spontanée des membranes à domicile.

- FRACTURE HUMERUS

Obs. N° 2 (1972 N° 337) Observation citée lors des cas d'atteinte du plexus brachial.

- PNEUMOTHORAX

Obs. N° 1 (1970 N° 1208) le père de 30 ans. Accouchement à terme en siège non précisé dans un bassin spatieux, terminé par manoeuvre de BRACHT. Fille 2950 g. (Apgar 10). Hospitalisée à DEBROUSSE pour PNO droit rapidement régressif, mais aussi signes de souffrance cérébrale avec signes irritatif à l'EEG. Rendue à sa famille avec Gardenal et réserves quant à son avenir cérébral. Dilatation 3h, expulsion 0h,20. Rupture spontanée des membranes à domicile.

- HEMATOME DES BOURSES

Obs. N° 1 (1968 N° 2069) le père de 20 ans. Accouchement en siège décomplété à terme, terminé par FO sur TD. Bassin radiologiquement normal. Garçon 2800 g. (Apgar 10) hématome des bourses et de la verge, rétention d'urine ayant nécessité son transport à l'Hôpital DEBROUSSE, où l'enfant urine dès son arrivée. Examen de sortie normal. Dilatation 11h, expulsion 0h,20. Rupture spontanée des membranes à domicile.

Obs. N° 2 (1972 N° 1662) Le père de 23 ans. Accouchement à terme en siège décomplété, terminé par manoeuvre de MAURICEAU dans un bassin radiologiquement normal. Garçon 3100 g. (Apgar 10) hématome et tuméfaction des bourses. Dilatation 6h.30 expulsion 1h. Rupture spontanée des membranes à domicile.

- CEPHALHEMATOME OCCIPITAL

Obs. N° 1 (1968 N° 93) Le père de 23 ans. Accouchement spontané à 8 1/2 mois en siège décomplété passé inaperçu pendant la grossesse, terminé par manoeuvre de MAURICEAU, dans un bassin paraissant normal. Garçon 3100 g. vigoureux, céphalématome occipital peu saillant, mais étendu. Dilatation 7h, expulsion 1h.10. Rupture spontanée des membranes à domicile.

B - Mortalité foetale

Lors de nos 563 accouchements en présentation du siège, nous avons relevé :

- 33 décès, soit une mortalité globale non expurgée de..... 5,9 %

Si nous éliminons de notre étude les enfants mort-nés et macérés (11 cas), les enfants malformés (2 cas) ainsi que les enfants de moins de 1000 grammes (5 cas), il nous reste :

- 15 décès, soit une mortalité foetale épurée de..... 2,7 %

- . chez la primipare

7 cas sur 354..... 2 %

- . chez la multipare

8 cas sur 209..... 3,8%

Si nous éliminons encore les enfants de poids $\leq$ à 2500 grammes (9 cas), il nous reste :

- 5 décès, soit une mortalité foetale épurée pour les enfants de poids supérieur à 2500 grammes de..... 0,9 %

- . chez la primipare

3 cas sur 354..... 0,8 %

- . chez la multipare

2 cas sur 209..... 0,95%

Il nous a paru intéressant de suivre l'évolution de la mortalité foetale durant cette période de 10 ans :

- Durant les cinq premières années (1965 à 1969 inclus), nous avons observé 18 décès pour 289 accouchements en présentation du siège, soit une mortalité foetale non expurgée de 6,2 %. La mortalité épurée est

de 3,3 % (9 décès).

- Durant les cinq dernières années (1970 à 1974 inclus), nous avons observé 15 décès pour 274 sièges soit une mortalité non expurgée de 5,5 %. La mortalité épurée est de 2,1 %.

Cette amélioration du taux de la mortalité foetale peut s'expliquer par une surveillance plus rigoureuse de nos parturientes en salle de travail (usage du monitoring depuis 1970), par une diminution du nombre des grandes extractions du siège et une augmentation du nombre des césariennes, comme nous le verrons plus loin).

Comparons nos résultats avec ceux des différentes statistiques françaises et étrangères :

(ANNEE	: AUTEURS	: Mortalite globale	: mortalité
(	:	:	: corrigée)
(	:	:	:
(1965	: LACOMME	: 2,8 %	: 1,7)
(	:	:	:
(1965	: HALL	: 4	: 1,8)
(	:	:	:
(1967	: PALLIEZ	:	: 1,6)
(	:	:	:
(1967	: LANKA	: 2,1	: 0,4)
(	:	:	:
(1968	: PLASSE	: 4,7	: 3,9)
(	:	:	:
(1968	: JURADO	: 4,8	: 1,3)
(	:	:	:
(1968	: SOUTOUL	:	: 2,5)
(	:	:	:
(1968	: CHOSSON	: 5,1	: 3,4)
(	:	:	:
(1969	: BAUDON	: 7,8	: 2,8)
(	:	:	:
(1970	: JOHNSON	:	: 2,0)
(	:	:	:
(1971	: HELFERICH	:	: 1,55)
(	:	:	:
(1974	: PIANON	:	: 1,90)
(	:	:	:

% DE MORTALITE FOETALE POUR LES ENFANTS NON JUMEAUX
DE POIDS SUPERIEUR A 2500 GRAMMES

Notre mortalité foetale épurée pour les enfants de poids supérieur à 2500 grammes s'élève à 0,9 %, donc notre chiffre paraît assez favorable.

1. Résultats

- Suivant la parité :

16 cas chez nos 354 primipares..... 4,5 %

17 cas chez nos 209 multipares..... 8,1 %

- Suivant le type de siège :

8 décès lors des 288 sièges décomplétés
2,8 %

9 décès lors des 136 sièges complets 6,6 %

16 décès lors des 139 sièges non précisés
11,5 %

- Suivant le poids foetal :

(	:	:	:	)
(	Poids foetal	:	Nombre	: Pourcentage)
(	-----	:	-----	)
(	moins de 2500 g.	:	22	: 32,4 %)
(	:	:	:	)
(	2500 à 3000 g.	:	6	: 4,3 %)
(	:	:	:	)
(	3000 à 3500 g.	:	2	: 1 %)
(	:	:	:	)
(	3500 à 4000 g.	:	1	: 0,8 %)
(	:	:	:	)
(	≥ 4000 g.	:	2	: 8,3 %)
(	:	:	:	)

MORTALITE FOETALE EN FONCTION DU POIDS

- Suivant le mode de terminaison de l'accouchement :

Manoeuvre de BRACHT

20 décès sur 311..... 6,4 %

Manoeuvre de MAURICEAU

1 décès sur 84..... 1,2 %

Petite extraction du siège

5 décès sur 49.....10,2 %

Grande extraction du siège

4 décès sur 31..... 12,9 %

Forceps sur tête dernière

Nous n'avons relevé aucun cas de mortalité

Ventouse sur siège

1 ventouse sur siège avec 1 décès.

Césarienne

2 décès sur 80..... 2,5 %

2. Résumé des observations de mortalité foetale.

RESUME DES OBSERVATIONS DES CAS DE MORTALITE FOETALE : 33 cas

Obs. N° 1 (1965 N° 1119) IIIe pare de 28 ans. Accouchement spontané à six mois en siège non précisé terminé par manoeuvre de BRACHT. Fille vivante pesant 900 g. décédée au 4è jour.

Obs. N° 2 (1965 N° 1260) IIe pare de 39 ans. Accouchement à 8 mois en siège complet terminé par manoeuvre de BRACHT. Fille 2800 g. polymalformée (hydrocéphalie, spinabifida, pieds bots), n'ayant vécu que quelques heures. Dilatation 6h,10, expulsion 0h,20.

Obs. N° 3 (1966 N° 130) Ie pare de 44 ans avec antécédants d'avortements habituels. Cerclage prophylactique. Accouchement spontané à 7 mois, terminé par manoeuvre de BRACHT, en siège non précisé. Fille mort-née et macérée de 1250 g. Dilatation 7h,15 expulsion 0h,15.

Obs. N° 4 (1966 N° 1399) Ve pare de 42 ans. Accouchement spontané à terme en siège décomplété terminé par manoeuvre de BRACHT, garçon mort-né et macéré de 3050 g. Dilatation 8h,30, expulsion 0h,15. Grossesse surveillée biologiquement avec taux d'oestrogènes toujours très bas. Radio foetales à 8 mois avec signes de Spalding très caractéristique.

Obs. N° 5 (1966 N° 1784) IIe pare de 43 ans. Accouchement à 7 mois en siège complet terminé par GES pour incompréhension maternelle chez une hypertendue sans albuminurie. Garçon mort-né de 1500 g. 2ème enfant mort-né après crise éclampsie. Dilatation ?

Obs. N° 6 (1966 N° 1941) IIIe pare de 32 ans. Accouchement à 6 mois en siège décomplété terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon 1080 g. , débilité considérable, n'ayant vécu que 48 heures. Membranes rompues à l'entrée. Dilatation 4h,05, expulsion 5 mn.

Obs. N° 7 (1967 N° 163) Primipare de 27 ans. Accouchement spontanée à 8 mois en siège décomplété terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon 2500 g. présentant une malformation importante au niveau de l'abdomen. Opéré 90 mn. après la naissance et n'ayant vécu que 48 heures. (hernie de type embryonnaire). Rupture spontanée des membranes. Dilatation 3h,20 expulsion 0h,20.

Obs. N° 8 (1967 N° 1077) Primipare de 19 ans. Accouchement spontané à terme en siège décomplété terminé par manoeuvre de BRACHT. Fille mort-née pesant 1600 g. Rupture spontanée des membranes, liquide sanguinolant. Dilatation 6h,55 expulsion 0h,15. A l'entrée BC perçus. A l'examen du placenta, nombreux infarctus blancs et rares zones fonctionnelles.

Obs. N° 9 (1967 N° 1271) IVe pare de 37 ans. Accouchement prématuré à 7 mois siège complet terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon vivant de 1300 g. décédé 3h, après la naissance. Membranes rompues à l'entrée Dilatation 9h, expulsion 10 mn. A 5 mois de grossesse, la vitalité du foetus est discutable (volume de 3 mois). A l'examen du délivre membranes déchiquetées putréfiées.

Obs. N° 10 (1967 N° 1343) Primipare de 20 ans. Accouchement à terme + 10 jours en siège non précisé par ventouse. Fille mort-née de 3160 g. Bassin normal, dilatation 14h,30 expulsion 0h,45. Rupture des membranes à domicile. Placenta paraît sénéscent, cordon très infiltré. Soit terme pathologique dépassé ou travail un peu prolongé.

Obs. N° 11 (1967 N° 1479) IIe pare de 27 ans. Accouchement spontané en siège décomplété terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon mort-né et macéré 1000 g. Traumatisme local important un mois et demi auparavant. A l'entré BC non perçus, dilatation 3h,10 expulsion 5 mn. Rupture spontanée des membranes. L'examen du délivre ne montre aucune anomalie macroscopique du cordon et du placenta.

Obs. N° 12 (1967 N° 1874) IIe pare de 28 ans. Accouchement en siège non précisé à terme terminé par PES. Garçon 4300 g. n'ayant vécu que 28 heures. Inhalation amniotique. Dilatation 3h,40 expulsion 0h,20. Siègre diagnostiqué au moment de la rupture artificielle des membranes. Relèvement des bras au dégagement des épaules. A la vérification pas d'hémorragie méningée, au niveau des poumons hépatisation de certains lobes, alors que d'autres paraissent normaux : inhalation amniotique ?.

Obs. N° 13 (1968 N° 983) VIe pare de 40 ans ORh négatif non immunisée. Accouchement spontané à 7 mois et demi en siège non précisé terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon macéré de 1700 g. Rupture des membranes à domicile, eaux brunâtres. Dilatation 3h.15 expulsion 5 mn. BC négatifs à l'entrée. Cordon procident.

Obs. N° 14 (1968 N° 1314) IVe pare de 29 ans, comitialité antérieure, 3 césariennes antécédentes, bassin AGR, accouchement à 8 mois 1/4 en siège complet terminé par PES sous anesthésie générale. Garçon mort-né et macéré 2600 g. BC négatifs à l'entrée. Rupture artificielle des membranes, liquide très teinté. Dilatation 3h.30 expulsion 1h.

Obs. N° 15 (1968 N° 1739) IIe pare de 23 ans, spécificité. Accouchement en siège itératif non précisé terminé par manoeuvre de BRACHT. Fille mort-née et macérée de 2500 g. spécificité d'ancienneté inconnue découverte sur une sérologie positive en 1967 avec traitement assez mal suivi. A la dernière visite, impression de signe de Negri, à la radio net chevauchement des os du crâne. Rupture artificielle des membranes, dilatation 6h.45 expulsion 5 mn.

Obs. N° 16 (1969 N° 606) Ie pare de 22 ans. Accouchement spontané 12 jours avant terme en siège décomplété terminé par PES. Garçon 4000 g. en état de mort apparente décédé après 30 mn de réanimation. Bassin à grand diamètre antéropostérieur quelque peu ovalaire : épreuve utérine de bon pronostic malgré le volume foetal. Rupture spontanée des membranes à domicile. Dilatation ? expulsion 0h.55.

Relèvement des bras auxquels on remédie par double rotation, dystocie de la tête, ébauche de mouvements respiratoires, épisiotomie FO sur TD, malgré tractions importantes et essais de descente par asynclétisme la tête ne bouge absolument pas. L'expression abdominale + FO permettent d'extraire un enfant de très gros volume complètement atone en état de mort apparente. Réanimé durant 30 minutes.

Obs. N° 17 (1969 N° 1290) Ile pare de 24 ans. Accouchement en siège décomplété à 8 mois 1/3 terminé par césarienne. Fille 2160 g. décédée immédiatement à la naissance.

(premier enfant décédé à un jour, d'une malformation pulmonaire)

Bassin généralement rétréci. Rupture prématurée des membranes. La vérification ne montre aucune malformation macroscopique évidente.

Obs. N° 18 (1969 N° 1320) le pare de 29 ans. Accouchement spontané à terme + 7 jours en siège décomplété dans un bassin radiologiquement normal terminé par FO sur TD, membranes rompues à l'entrée, dilatation 12h,15 expulsion 20 mn. Fille mort-née de 2750 g. Grande rotation qui amène le dos la symphyse, arrêt de l'expulsion, large épisiotomie, on est obligé de dégager les bras par une manoeuvre de rotation, MAURICEAU inefficace, FO sur TD ce qui permet d'extraire avec facilité une fille qui est en arrêt cardiaque, que l'on ne peut réanimer. (arrêt au bout de 20 mn.).

Obs. N° 19 (1970 N° 460) Ile pare de 32 ans. Accouchement en siège non précisé à 6 mois 3/4 terminé par GES pour procidence du cordon et souffrance foetale. Garçon mort-né de 1600 g., dystocie de la TD, incision du col. Membranes rompues à l'entrée, dilatation 5h,20.

Obs. N° 20 (1970 N° 790) le pare de 22 ans. Accouchement prématuré à 7 mois en siège complet terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon vivant de 1450 g. décédé rapidement par hémorragie méningée probable. Membranes rompues à domicile. Dilatation 4h,10, expulsion 0h,50. La révision utérine systématique confirme l'existence d'un utérus bicorne.

Obs. N° 21 (1970 N° 985) le pare de 28 ans ORh négatif. Accouchement spontané à 7 mois terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon 1100 g. mort-né et macéré, rétention de la TD. Néphropathie gravidique hypertensive précoce, ayant nécessité une hospitalisation à 5 mois. Dilatation 8h. Rupture artificielle des membranes liquide sanguinolant et méconial.

Obs. N° 22 (1970 N° 1437) Ie pare de 22 ans. Accouchement à 6 mois en siège complet terminé par manoeuvre de MAURICEAU. Garçon vivant pesant 1100 g. décédé le même jour. délivrance artificielle pour rétention totale.

Obs. N° 23 (1971 N° 840) Ie pare de 25 ans. Accouchement en siège non précisé à 5 mois et demi, terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon vivant de 1000 g. décédé au bout de 24h. Rupture prématurée des membranes. Dilatation 1h,20 expulsion 10 mn.

Obs. N° 24 (1971 N° 1160) Ie pare de 22 ans. Accouchement spontané à terme en siège non précisé terminé par PES. Garçon mort-né et macéré de 2100 g. On note dans les antécédents une tuberculose osseuse à l'âge de 4 ans. Grossesse traitée au début par repos et progestérone. A l'entrée BC non perçus, rupture spontanée des membranes au cours du travail, liquide méconial, dilatation 8h,40, expulsion 0h,05. Placenta sénéscent et scléreux.

Obs. N° 25 (1972 N° 348) IIe pare de 20 ans. Accouchement spontané à 8 mois en siège non précisé terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon mort-né et macéré de 1900 g. A 7 mois 1/2 lors d'une visite, les BC ne sont pas perçus. Poche des eaux rompues à l'entrée.

Obs. N° 26 (1972 N° 840) Ie pare de 19 ans. Accouchement spontané en siège non précisé à 6 mois terminé par manoeuvre de BRACHT. Fille vivante de 950 g. décédée à DEBROUSSE (absence de membranes yalines ou de lésions pulmonaires, mais par contre hémorragie de la fosse cérébrale postérieure).

Obs. N° 27 (1972 N° 851) IIIe pare de 34 ans, mortinatalité antérieure, traitement gynécologique pour troubles de l'ovulation. traitement hormonal en début de grossesse. Accouchement en siège non précisé terminé par césarienne bi-itérative, pour souffrance foetale aigue au monitoring. Fille 2500 g. en état de mort apparente qu'il est impossible de réanimer.

Obs. N° 28 (1972 N° 1354) Le père de 23 ans. Accouchement en siège complet à terme terminé après une dilatation normale par GES pour procidence du cordon à dilatation complète. Garçon mort-né de 3700 g. Bassin radiologiquement normal. Rupture spontanée des membranes à domicile, dilatation 4h.15 expulsion 0h.30. A noter une certaine mortinatalité chez le père de l'enfant. On est en effet surpris de la mort compte tenu de la rapidité de l'intervention et du volume de l'enfant.

Obs. N° 29 (1972 N° 1672) Le père de 24 ans. Accouchement à 7 mois en siège non précisé, terminé sous anesthésie générale pour rétraction du col. Garçon mort-né et macéré de 700 g. A la dernière visite, BC non perçus et métrorragies, la radio confirme l'arrêt de la grossesse. Dilatation 6h.30 expulsion 1h.15. Délivrance artificielle. Placenta peu fonctionnel avec zones infarctoïdes et ishémiques expliquant la mort foetale,

Obs. N° 30 (1973 N° 193) Le père de 24 ans (4 fausses couches antécédentes) Accouchement prématuré en siège complet à 5 mois 1/2 terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon vivant pesant 700 g. décédé rapidement, après la naissance. Cerclage du col à 3 mois pour béance de l'isthme. traitement hormonal en début de grossesse mais dosages hormonaux toujours très bas. Poche des eaux rompues à domicile, dilatation 5h.10 expulsion 0h.05.

Obs. N° 31 (1973 N° 533) Le père de 23 ans diabétique siège complet à terme terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon mort-né et macéré 2200 g. Hydramios, Ictère pendant la grossesse avec pyélonéphrite. Rupture artificielle des membranes BC négatifs à l'entrée. Dilatation 3h.50 expulsion 10 mn.

Obs. N° 32 (1973 N° 917) Le père de 27 ans. Accouchement en siège non précisé à 8 mois 1/2 terminé par GES. Garçon mort-né macéré 1700 g. à la visite du 8è mois les BC ne sont pas perçus et la mort de l'enfant se confirme sur la radiographie.

Obs. N° 33 (1974 N° 216 bis) Le père de 29 ans. Accouchement en siège non précisé à 6 mois 1/2 terminé par manoeuvre de BRACHT. Garçon de 880 g. vivant réanimé sans succès.

CHAPITRE II - ETUDE DU PRONOSTIC FOETAL

Nous avons distingué des facteurs maternels, foetaux et des facteurs propres à l'accouchement.

A - Facteurs maternels

1. Parité

Pour LACOMME et LE LORIER la mortalité foetale serait double chez les multipares, pour RIVIERE et CHASTRUSSE le triple.

BURGER, MILFORT et DENEFF notent une mortalité foetale de 5 % chez la primipare et 8,4 % chez la multipare.

Pour PALLIEZ et CHOSSON, RICHARD P.A. et coll. la mortalité foetale atteint 5,6 % chez la primipare et 7 % chez la multipare.

Nous résumerons nos résultats dans le tableau suivant :

(	:	:	:	:	)
(	:	PRIMIPARES	:	MULTIPARES	)
(	-----	-----	-----	-----	)
(	:	Nombre	:	%	:
(	:	de cas	:	de cas	:
(	-----	-----	-----	-----	)
(	Morbidité	:	:	:	)
(	foetale	:	:	:	)
(	-----	-----	-----	-----	)
(	Mortalité	:	:	:	)
(	foetale	:	:	:	)
(	:	:	:	:	)

PRONOSTIC FOETAL EN FONCTION DE LA PARITE

A la lecture de ce tableau nous constatons un taux de mortalité foetale plus important chez la multipare. Ces résultats peuvent s'expliquer par un moteur utérin moins dynamique, par un nombre plus élevé de sièges complets, par un nombre plus important d'enfants de gros volume, par le fait que l'accouchement est souvent confié à des mains moins expertes et surtout par un taux de césariennes moins élevé que chez la primipare.

Donc la multiparité est loin d'être un facteur absolu de sécurité et il faudra envisager l'accouchement chez la multipare avec la même vigilance que chez la primipare.

Par contre, la morbidité est plus importante chez la primipare (11,6 % contre 8,1 % chez la multipare). Si l'on ne tient compte que du nombre d'enfants réanimés, la morbidité est pratiquement équivalente (6,5 % chez la primipare contre 5,3 % chez la multipare).

2. Age de la parturiente

Dans les différentes statistiques le meilleur pronostic se situe entre 20 et 30 ans. Il s'aggrave si la parturiente est âgée de plus de 35 ans.

Pour ARAVANTINOS, le pourcentage de mortalité atteint 6,9 % avant 35 ans et 18 % si plus de 40 ans.

Pour PALLIEZ, le pourcentage de mortalité passe de 1,1 % à 6,4 % si plus de 35 ans.

Dans notre étude, nous retrouvons le même facteur de gravité chez la femme de plus de 35 ans. En effet, notre mortalité globale a été :

- avant 35 ans :

27 morts foetales sur 517 sièges..... 5,2 %

- après 35 ans :

6 morts foetales sur 46 sièges..... 13 %

Si nous associons âge de la parturiente et
parité, nous avons :

. chez la primipare :

- avant 35 ans :

15 décès pour 339 accouchements..... 4,4 %

- après 35 ans :

1 décès pour 15 accouchements..... 6,6 %

. chez la multipare :

- avant 35 ans :

12 décès pour 178 accouchements..... 6,1 %

- après 35 ans :

5 décès pour 31 accouchements..... 16,1 %

Donc nos chiffres n'objectivent pas la notion
classique de gravité du siège chez la primipare âgée
(BAUDON), expliquée par un taux plus important de césa-
riennes.

L'âge semble jouer un rôle dans le déroulement
du travail et le mode d'expulsion. En effet chez nos
46 parturientes âgées, l'accouchement spontané a été
moins fréquent : 58,7 % ; nous avons pratiqué 4 petites
extractions du siège (8,7 %), 4 grandes extractions du
siège (8,7 %) et 11 césariennes (23,9 %).

Ces résultats nous permettent encore de souli-
gner la gravité du pronostic foetal de la présentation
du siège chez la multipare âgée.

3. Anomalie du bassin

Autrefois les anomalies du bassin représentaient la plus grande cause de complications. L'existence d'anomalies cliniques ou radiologiques du bassin interviennent pour une grande part dans le pronostic.

LACOMME et coll, ont trouvé un rétrécissement du bassin, parfois minime dans 16 % des cas d'enfants nés "lésés", alors que ce pourcentage n'est que de 1,4 % lorsque les enfants sont sains.

Dans notre étude, nous retrouvons 10 bassins modifiés soit 1,8 % :

- 2 anomalies de bassin dans les 33 cas de mortalité foetale soit 5,8 %,
- 8 anomalies de bassin dans les 58 cas de morbidité foetale soit 13,8 %.

En conclusion, ces résultats imposent la pratique systématique d'une radiopelvimétrie complète chez la primipare, comme chez la multipare ayant eu des antécédents d'accouchements dystociques ou des enfants de poids élevé. Toute anomalie même discrète devra faire recourir à la voie haute prophylactique.

4. Poids de la mère

Pour ROVINSKY, le poids de la mère avant la grossesse augmente le pourcentage de mortalité et de morbidité (multiplié par 6 si la mère pèse plus de 90 kg).

Dans notre étude nous n'avons pu en tenir compte, le poids de la mère n'ayant pas toujours été précisé.

5. Taille de la mère

ARAVANTINOS fait apparaître une nouvelle variable : la taille de la mère et préconise une radiopelvimétrie systématique chez toute femme mesurant moins de 1,60 m. et ayant une présentation du siège.

De même, MULLER relève dans son étude que toutes les femmes ayant un bassin pathologique mesurent moins de 1,55 m d'où l'importance de prendre en considération la taille de la mère.

Au cours de notre étude, ce facteur n'a pu être étudié, la taille de la mère ayant été rarement notée.

B - Facteurs foetaux :

1. Type de siège

En principe le pronostic est plus sévère dans le siège décomplété. En fait, il existe une plus grande fréquence d'accouchements spontanés lors des sièges décomplétés, le siège appuyant mieux sur le col.

Pour ROUCHY, ainsi que PALLIEZ et HALL, le siège complet est de pronostic plus réservé.

Pour ROVINSKY, le type de siège ne modifie pas le taux de mortalité et de morbidité foetales.

Dans nos observations, le siège complet abaisse considérablement le taux de mortalité foetale (6,6 % pour une mortalité de 2,8 % dans les sièges décomplétés).

La procidence du cordon y est plus souvent rencontrée. Nous avons observé dans notre étude 11 cas de procidence du cordon, dont 8 sièges complets.

2. Poids de l'enfant

Dans les différentes statistiques le meilleur pronostic se situe entre 3000 et 3500 grammes (thèse DESFARGES).

Pour ROVINSKY, il se situerait entre 2500 et 3000 grammes.

Nous résumerons nos résultats dans le tableau suivant :

(	:	:	:	:	)
(	:	MORBIDITE	:	MORTALITE	)
(	:	FOETALE	:	FOETALE	)
(	Poids foetal	:	-----	:	-----
(	:	Nombre :	:	Nombre :	)
(	:	de cas :	% :	de cas :	% :
(	:	:	:	:	:
(	Moins de 2500 g.	:	8 :	11,8 :	22 :
(	:	:	:	:	32,4 :
(	2500 à 3000 g.	:	12 :	8,5 :	6 :
(	:	:	:	:	4,3 :
(	3000 à 3500 g.	:	27 :	13,6 :	2 :
(	:	:	:	:	1,0 :
(	3500 à 4000 g.	:	7 :	5,3 :	1 :
(	:	:	:	:	0,8 :
(	≥ 4000 g.	:	4 :	16,7 :	2 :
(	:	:	:	:	8,3 :
(	:	:	:	:	:

PRONOSTIC FOETAL EN FONCTION DU POIDS

A la lecture de ce tableau, il ressort que notre taux de mortalité le plus favorable se situe entre 3000 et 4000 g. et notre taux de morbidité entre 3500 et 4000 g.

Le pronostic foetal s'aggrave si l'enfant pèse plus de 4000 g. La mortalité passe en effet à 8,3 % et la morbidité à 16,7 %.

Nous retrouvons ce facteur de gravité chez LACOMME et LE LORIER où la mortalité passe à 12 % si le poids excède 3500 grammes.

Il en est de même chez l'enfant de moins de

2500 grammes notre taux de mortalité s'élève à 32,4 % (CHOSSON, BLANC, PIANA 34 %, LEJEUNE 25 %, thèse PIANON 30 %).

La présentation du siège aggraverait le pronostic foetal pour les enfants de moins de 2500 grammes : RIVIERE et CHASTRUSSE notent en effet une mortalité de 15,6 % pour les prématurés nés en sommet et 27,7 % pour les prématurés nés en présentation du siège.

Il paraît donc important d'évaluer le volume foetal avec précision, sachant que l'examen clinique à lui seul ne suffit pas dans cette appréciation, d'où l'intérêt de la mesure du bipariétal par la méthode échographique.

3. Attitude de la tête foetale : déflexion de la tête foetale

Dans notre étude, nous n'avons retrouvé aucune confirmation radiologique d'une telle anomalie d'orientation de la tête.

On doit distinguer les déflexions céphaliques transitoires et les déflexions définitives ou persistantes qui peuvent entraîner des lésions médullaires graves (GRANJON et HENRION).

En résumé, il semble exister deux catégories de déflexions extrêmes de la tête :

- les unes sans conséquence sévère, les plus nombreuses, 80 à 90 % des cas,

- les autres de pronostic grave qui imposent la voie haute.

2. Procidence du cordon

Dans notre étude, la procidence du cordon a été retrouvée 11 fois, soit dans 2 % des cas :

- 6 fois chez la multipare..... 2,9 %
- 5 fois chez la primipare..... 1,3 %

- 8 fois lors de siège complet
- 1 fois lors de siège décomplété,
- 2 fois lors d'un siège non précisé.

Nous sommes donc en accord avec les différentes statistiques où la procidence du cordon est plus fréquente chez la multipare, ainsi que dans les sièges complets.

Le taux de procidence dans les différentes statistiques oscille entre 2,7 et 7,8 % :

BAUDON.....	4	%
Thèse CADUC....	6	%
HALL et coll...	3,77	%
ARAVANTINOS....	2,71	%
JURADO.....	7,8	%
ROVINSKY.....	3,9	%

Nous avons relevé lors des 11 cas de procidence du cordon 3 décès (27,3 %) et trois cas de morbidité foetale (27,3 %).

Il fut pratiqué 2 manoeuvres de BRACHT, 2 manoeuvres de MAURICEAU, 6 GES et 1 césarienne.

En conclusion, la procidence du cordon aggrave fortement le pronostic foetal, comme l'avaient déjà montré les statistiques suivantes :

CREZE mortalité de... 27 %

BAUDON mortalité de.. 21 %

ROVINSKI mortalité de 7,22 %

3. Durée de la dilatation

Ce facteur a été particulièrement bien étudié par RIVIERE et CHASTRUSSE dans leur description du "travail sur le col". Lorsque "la dilatation est rapide et brillante", l'accouchement a les plus grandes chances d'être entièrement spontané. Au contraire, lorsque la dilatation ne progresse pas normalement, les manoeuvres sont plus fréquentes.

Pour LACOMME et LE LORIER la mortalité passe de 6 % à 18 % chez la primipare, si la dilatation est supérieure à 12 h. Elle double chez la multipare si la dilatation est supérieure à 6 h.

Pour JAROUSSE et LERAT, elle passe de 3 % à 12 %.

Pour ROVINSKY, la durée du travail aggrave le pronostic foetal si le travail est supérieur à 19 heures, et il note un travail prolongé surtout lorsque les enfants pèsent plus de 3500 grammes.

Dans notre étude, nous avons noté :

- chez nos 354 PRIMIPARES

41 cas où la dilatation a été supérieure à 12 h, soit 11,6 %, avec 3 décès (7,31 %) et 6 enfants réanimés (14,6 %).

313 cas où la dilatation a été inférieure à 12 heures, soit 88,4 % avec 13 décès (4,1 %), 17 enfants réanimés (5,4 %).

- chez nos 209 MULTIPARES

45 cas où la dilatation a été supérieure à 6 h, soit 21,5 %, avec 3 décès (6,6 %) et 3 enfants réanimés (6,6 %).

164 cas où la dilatation a été inférieure à 6 heures, soit 78,5 % avec 14 décès (8,5 %) et 8 enfants réanimés (4,8 %).

Les résultats obtenus chez la PRIMIPARE sont en accord avec les statistiques ci-dessus.

Comme l'avait noté ROVINSKY, le poids foetal intervient dans la durée de la dilatation :

dans notre étude, le pourcentage d'enfants de poids égal ou supérieur à 4000 grammes est de 3,4 % dans les cas où la dilatation a été normale, alors que ce pourcentage s'élève à 9,3 % dans les cas où la dilatation s'est prolongée : au delà de 12 heures chez la primipare, et au delà de 6 heures chez la multipare.

L'évolution dans un accouchement par le siège dans son ensemble n'est pas plus longue que dans un accouchement par le sommet (MESTRALLET).

Toute anomalie apparue pendant la dilatation (arrêt de la dilatation, dynamique utérine anarchique, souffrance foetale) non rapidement corrigée, doit orienter vers la césarienne immédiate.

C'est dire l'intérêt primordial de la surveillance de la dilatation sous monitoring continu, avec installation d'une perfusion d'ocytociques à 6 cms dont l'intérêt n'est plus discuté actuellement.

On rappellera le dogme de RIVIERE et CHASTRUSSE

"L'expulsion vaudra ce que vaut la contraction utérine".

a) Accouchement spontané

Nous entendons par accouchement spontané tous les accouchements soit totalement spontanés, soit terminés par la manoeuvre de BRACHT ou après échec du Bracht terminés par la manoeuvre de MAURICEAU.

Certaines techniques adjuvantes peuvent faciliter l'accouchement spontané : injection d'antispasmodiques, perfusion d'ocytociques en cours de dilatation et poursuivie jusqu'à la fin de l'expulsion, épisiotomie systématique chez la Primipare et largement utilisée chez la Multipare, infiltration des nerfs honteux et du périné.

L'étude globale de nos résultats nous montre que nous avons eu 70,2 % d'accouchements spontanés avec une mortalité foetale de 5,3 % :

- Manoeuvre de BRACHT..... 6,4 %
- Manoeuvre de MAURICEAU..... 1,2 %

La morbidité a été de 6 % :

- Manoeuvre de BRACHT..... 4,2 %
- Manoeuvre de MAURICEAU..... 13 %

b) Petite extraction du siège

La petite extraction du siège fut pratiquée 49 fois soit dans 8,7 % des cas :

- 29 fois chez la Primipare soit 8,1 % avec trois cas de mortalité foetale (10,3 %).

- 20 fois chez la Multipare soit 9,5 % avec deux cas de mortalité foetale (10 %).

Donc la mortalité imputée à la petite extraction du siège a été de 5 cas soit dans 10,2 %.

Nous avons relevé 19 cas de morbidité foetale soit dans 10,2 % :

- 14 cas d'enfants réanimés (28,6 %),
- 2 cas d'enfants ayant présenté une hémorragie méningée,
- 3 cas d'enfants ayant présenté une paralysie du plexus brachial.

EN CONCLUSION, dans presque la moitié des cas (42,9 %) le traumatisme obstétrical a existé.

c) Grande extraction du siège

Lors de l'étude de nos 563 observations d'accouchements en présentation du siège, nous avons pratiqué 31 grandes extractions du siège soit dans 5,7 % des cas (ROUCHY : 6,7 %, BAUDON : 5,9 %) :

- 23 fois chez la Primipare..... 6,7 %
- 8 fois chez la Multipare..... 3,8 %

Il nous a paru intéressant de suivre l'évolution du nombre de grandes extractions au cours des 10 années :

(	: Nombre de :	:	:	:	:	)
(Année :	sièges :	Primipare :	Multipare :	Nombre total :	% :	)
(----- :	----- :	----- :	----- :	----- :	----- :	)
(1965 :	52 :	2 :	2 :	4 :	7,7 :	)
(1966 :	50 :	3 :	3 :	6 :	12 :	)
(1967 :	56 :	4 :	4 :	4 :	7,1 :	)
(1968 :	64 :	3 :	3 :	3 :	4,7 :	)
(1969 :	52 :	2 :	2 :	2 :	3,8 :	)
(1970 :	64 :	5 :	2 :	7 :	10,9 :	)
(1971 :	58 :	1 :	1 :	1 :	1,7 :	)
(1972 :	59 :	2 :	2 :	2 :	3,4 :	)
(1973 :	58 :	1 :	1 :	1 :	1,7 :	)
(1974 :	50 :	1 :	1 :	1 :	2 :	)
(:	563 :	23 :	8 :	31 :	:	)

- ° Nos indications de grande extraction
 - 18 fois pour arrêt de la progression
 - 3 fois pour souffrance foetale
 - 5 fois pour procidence du cordon
 - 3 fois pour épargne maternelle
 - 1 fois pour indocilité maternelle
 - 1 fois chez une parturiente dont l'indication n'a pas été précisée.

° Nos résultats

Au cours de nos 31 grandes extractions du siège, nous avons noté 4 décès foetaux, soit une mortalité non épurée de 12,9 %.

- CHEZ LA PRIMIPARE

Au cours des 354 accouchements par le siège nous avons pratiqué 23 grandes extractions, soit dans 6,7 % des cas. Notre mortalité a été de 2 cas, soit 8,7 %.

Notre morbidité foetale a été de 6 cas, soit 26 % (4 enfants réanimés, une fracture de clavicule, un enfant ayant présenté une paralysie du plexus brachial + paralysie phrénique + fracture humérus).

Donc chez la primipare, nous avons pratiqué une grande extraction du siège dans 6,7 % des cas avec une mortalité de 8,7 % et une morbidité de 26 %.

- CHEZ LA MULTIPARE

Au cours de nos 209 accouchements en présentation du siège, nous avons pratiqué 8 grandes extractions soit dans 3,8 % des cas.

Notre mortalité foetale a été de 2 décès, soit une mortalité de 25 %. La morbidité a été nulle.

° Analyse de nos résultats

En fait, si nous analysons nos 4 cas de morts foetale, nous constatons que nous avons :

- un foetus mort-né et macéré chez une primipare,
- un enfant mort-né de 1500 grammes chez une parturiente indocile de 43 ans, hypertendue, ayant déjà perdu un enfant après une crise d'éclampsie.

Il nous reste donc 2 observations de mortalité foetale au passif de nos grandes extractions, soit une mortalité épurée de 6,45 %.

Comparons nos résultats avec ceux d'autres auteurs :

HALL obtient une mortalité dans la grande extraction de 12,2 % :

- 7,9 % chez la primipare,
- 15,4 % chez la multipare.

BAUDON obtient une mortalité de 28 %

- 27 % chez la primipare,
- 28 % chez la multipare.

d) Forceps sur tête dernière

Dans notre étude, nous n'avons tenu compte que des cas de forceps pratiqués après échec de la manoeuvre de Mauriceau (éliminant ainsi les cas de forceps sur tête dernière pratiqués au cours des grandes extractions du siège ou après des petites extractions). Nous avons pratiqué 7 forceps sur tête dernière, avec une mortalité nulle, mais une morbidité importante (3 cas sur 7, soit 42,9 %).

Pour ROVINSKY, le forceps sur tête dernière ne modifie pas la mortalité foetale, mais augmente notablement le taux de morbidité foetale.

e) Ventouse sur siège

Nous l'avons pratiqué une fois, avec un décès foetal.

f) Place de la césarienne

L'indication de la césarienne a été posée 80 fois, soit dans 14,2 % des cas. (SOUTOUL et LISKA : 17,5 %). Durant les cinq premières années (1965 à 1969), nous avons pratiqué 29 césariennes pour 274 sièges, soit dans une proportion de 10,6 %. Durant les cinq dernières années (1970 à 1974), 51 césariennes ont été pratiquées, soit dans une proportion de 17,6 % (22,4 % en 1973 et 20 % en 1974).

° Nos indications de césarienne

Les indications ont été les suivantes :

1) Césarienne Prophylactique : 56 cas :

- 40 pour bassins rétrécis,
- 4 pour terme dépassé,
- 3 chez la primipare tardive,
- 1 chez la multipare tardive,
- 3 pour placenta praévia,
- 1 pour hydramnios + bassin limite,
- 1 pour utérus fibromateux,
- 1 pour rigidité cervicale (épreuve du travail négative lors du 1er accouchement),
- 2 pour épargne foetale.

2) Césariennes décidées au cours du travail : 24 cas

- 7 pour arrêt de la dilatation,
- 11 pour épreuve utérine négative,
- 6 pour survenue d'accidents aigus :
 - . 2 souffrances foetales au monitoring,
 - . 1 procidence du cordon,
 - . 2 placentas praevia non diagnostiqués,
 - . 1 parturiente entrée dans le service à dilatation complète, poche des eaux rompue depuis 24 heures et bassin TR.

° Nos résultats selon la parité

Au cours des 563 accouchements en présentation du siège nous avons pratiqué 80 césariennes ainsi réparties :

(	:	:	:	:	:	)
(Chez la	:	:	:	:	:	)
(PRIMIPARE :	Nombre:	Morta-	Césa-	% Césa-	de dé-	)
(:	de :	lité gé-	rienne:	rienne:	cès par	)
(:	sièges:	nérale	:	:	césarienne)	)
(-----:	-----:	-----:	-----:	-----:	-----:	)
(Primipares jeunes:	339 :	4,7 % :	49 :	14,4 % :	0 :	)
(moins de 35 ans :	:	:	:	:	:	)
(:	:	:	:	:	:	)
(Primipares âgées :	15 :	6,6 % :	6 :	40 % :	0 :	)
(35 ans et plus :	:	:	:	:	:	)
(:	354 :	4,8 % :	55 :	15,5 % :	0 :	)
(-----:	-----:	-----:	-----:	-----:	-----:	)
(	:	:	:	:	:	)
(Chez la	Nombre:	Mortali-	:	:	Nombre	)
(MULTIPARE :	de :	té géné-	Césa-	% Césa-	de décès	)
(:	sièges:	rale	rienne:	rienne:	par cé-	)
(-----:	-----:	-----:	-----:	-----:	sarienne)	)
(Multipares jeunes :	178 :	6,1 % :	20 :	11,2 % :	2 :	)
(moins de 35 ans :	:	:	:	:	:	)
(:	:	:	:	:	:	)
(Multipares âgées :	31 :	16,1 % :	5 :	16,1 % :	0 :	)
(25 ans et plus :	:	:	:	:	:	)
(:	209 :	8,13 % :	25 :	11,9 % :	2 :	)
(-----:	-----:	-----:	-----:	-----:	-----:	)
(	:	:	:	:	:	)

A l'examen de ces tableaux, nous pourrions d'abord être surpris par l'importance de la mortalité foetale après césarienne chez la multipare (2 cas pour 25 césariennes, soit 8 %) en fait ce chiffre n'a pas de valeur en soi, il s'agit en effet de cas non épurés et nos deux décès correspondent à des parturientes ayant déjà eu des cas de mortinatalité antérieure. Nous remarquons aussi l'opposition du taux de mortalité foetale chez la primipare âgée et chez la multipare âgée. En effet, le pronostic grave chez la primipare âgée nous a conduit à élargir les indications de césarienne avec une mortalité qui passe de 4,7 % à 6,6 % mais pour un taux de césarienne de 40 %.

Par contre, chez la multipare âgée, notre mortalité foetale est beaucoup plus élevée (16,1 % contre 6,1 % chez la multipare jeune), mais avec un pourcentage de césarienne ne dépassant pas 16,1 %. Aussi, il semble qu'il serait bon, comme il l'a été fait chez la primipare âgée d'élargir les indications de césarienne chez la multipare âgée.

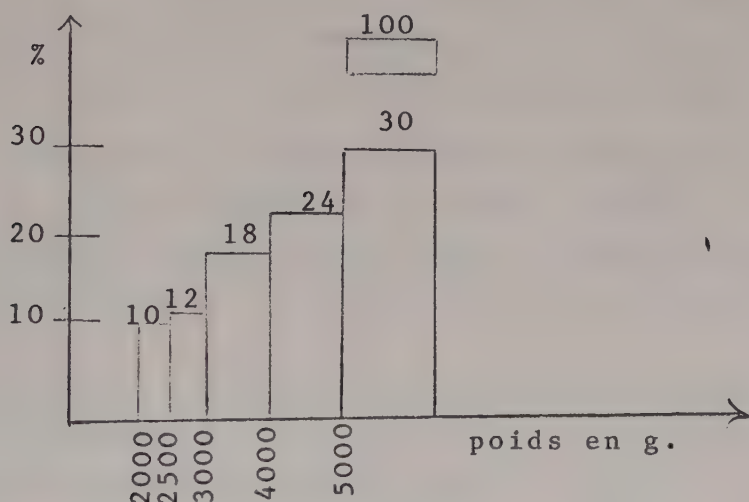
° Nos résultats selon le poids foetal

Si nous étudions la variation du nombre de césariennes en fonction du poids du foetus, nous voyons que le pourcentage augmente avec le poids. Nous colligeons nos résultats dans le tableau suivant :

NOMBRE DE CESARIENNES EN FONCTION DU POIDS FOETAL

(POIDS FOETAL :	Nombre de Césariennes :	Pourcentage)
(< 2500 :	2 :	2,94 %)
(2500 à 3000 :	20 :	14,18 %)
(3000 à 3500 :	30 :	11,15 %)
(3500 à 4000 :	23 :	17,55 %)
(≥ 4000 :	5 :	20,8 %)

J. CHOSSON en 1969 notait le même fait :



Pourcentage des césariennes en fonction du poids foetal

NEILSON, étudiant 203 cas de présentation du siège d'enfants de 4000 g. et plus, relève un taux de césariennes de 28,5 % avec 21,2 % chez les multipares et 45 % chez les primipares.

La mortalité chez nos enfants de 4000 g et plus, atteint comme nous l'avons vu précédemment le taux élevé de 8,33 %. Aussi ne vaudrait-il pas mieux césariser toutes les femmes présentant un siège avec 1 enfant de gros volume ?

g) Conduite à tenir

Nos résultats réaffirment la nocivité des manoeuvres d'extraction au cours de la présentation du siège. L'amélioration du pronostic foetal est basée sur la volonté d'obtenir une évolution physiologique du travail et une expulsion spontanée.

Les difficultés de l'expulsion seront prévenues par une surveillance rigoureuse de toute gestante présentant un siège, qu'elle soit primipare ou multipare :

PENDANT LA GROSSESSE en pratiquant :

- une radiopelvimétrie complète, systématique chez la primipare comme chez la multipare ayant eu des antécédents d'accouchements dystociques ou des enfants de poids élevé. Toute anomalie, même discrète, devra faire recourir à la voie haute prophylactique.

Le faible volume foetal ne devra pas faire rejeter la radiopelvimétrie et serait plutôt une indication supplémentaire, compte tenu du nombre accru de prématurés nés par le siège, et de leur fragilité.

- une échographie avec localisation placentaire, mesure du diamètre bipariétal à la recherche d'une disproportion céphalo-pelvienne qui en imposera pour la césarienne prophylactique. On pourra ainsi évaluer avec précision le volume foetal, facteur important dans le pronostic.

- une version par manoeuvres externes dont l'efficacité et l'innocuité sont discutées. Pour COLL, (thèse 1975) la version par manoeuvres externes réussit dans 77,3 % des cas sans récurrence ultérieure de position du siège et par là, diminue le pourcentage de présentation du siège de 1,72 %.

Il insiste sur l'intérêt de la version précoce (entre le 28ème et la 32ème semaine) qui donnerait les meilleurs résultats et qui permettrait de répéter la tentative.

La version par manoeuvres externes ne serait pas dangereuse si l'on respecte les contre-indications habituelles, et si on la fait précéder et succéder par l'enregistrement de la fréquence cardiaque.

PENDANT LE TRAVAIL

- à l'entrée en salle de travail :

ZATUCHNI et ANDROS proposent l'utilisation d'un index établi à l'entrée d'une présentation du siège en salle de travail :

(	Points	:	0	:	1	:	2	)
(	Parité	:	Ipore	:	Multipare	:		)
(	Age gestation:	:	39 S.R. ou +:	:	38 S.R.	:	37 S.R. ou moins	)
(	Poids	:	P > 3,5 kg	:	3kg < P < 3,5 kg	:	P < 3 kg	)
(	siège	:		:		:		)
(	antérieur:	:	Aucun	:	1	:	2 ou plus	)
(	Dilatation	:	2 cm	:	3 cm	:	4 cm ou +	)
(	Degré de	:		:		:		)
(	descente:	:	haut et mobile	:	amorcé	:	fixé ou plus	)
(		:		:		:	bas	)

SCORE DE ZATUCHNI ET ANDROS

- . un score de 5 et au dessus doit permettre l'accouchement par voie basse.
- . un score de 4 nécessite une réévaluation plus sévère. Si ce score persiste, l'accouchement peut se dérouler par voie basse.
- . un score de 3 et en dessous impose une césarienne immédiate.

L'utilisation de ce score ferait passer le taux de césarienne de 6 à 21 %.

- pendant le travail :

Nous rappellerons le mot de RIVIERE et

CHASTRUSSE :

"L'expulsion vaudra ce que vaut la contraction utérine".

La période de dilatation constitue une véritable épreuve utérine. Toute anomalie décelée au cours du travail non rapidement corrigée par les traitements habituels, devra faire opter pour la voie haute.

C'est dire que toute accouchement en présentation du siège devra se dérouler dans un centre spécialisé capable d'assurer une surveillance de tous les instants et prêt à intervenir à tout moment (présence d'un anesthésiste qualifié et effectivement présent). Cette surveillance sera assurée par enregistrement sous monitoring continu.

Toute anomalie persistante dans le tracé d'enregistrement des contractions utérines ainsi que du rythme cardiaque foetal, toute dystocie surajoutée devra faire abandonner la voie basse, évitant ainsi des manoeuvres d'extractions dangereuses pour un foetus en état de souffrance (il faut toujours avoir présent à l'esprit que 20 % des infirmes moteurs cérébraux sont nés en présentation du siège).

Par là même, nous voyons que l'indication de l'opération césarienne dans la présentation du siège devra être largement posée, aussi bien chez la primipare que chez la multipare, souvent faussement rassurante, mais sans aller jusqu'à l'avis de WRIGHT qui préconise une césarienne systématique chez toute gestante présentant un siège après la 35e semaine.

CONCLUSIONS

De janvier 1965 à décembre 1974, 590 accouchements en présentation du siège ont été pratiqués à la Maternité de l'Hôpital St-Joseph pour un nombre total d'accouchements durant la même période de 19.787. La proportion des sièges a donc été de 3 %.

Dans notre étude, nous n'avons retenu que les grossesses uniques, soit 563 cas.

La MORTALITE FOETALE GLOBALE s'élève à 5,9 % (33 cas de mort foetale pour 563 observations).

La MORTALITE FOETALE EPUREE atteint 2,7 % (15 décès pour 563 observations), avec 1,97 % chez la Primipare et 3,34 % chez la Multipare.

Les cinq dernières années, ce chiffre s'est abaissé à 2,1 % (dépistage prénatal plus précis, surveillance plus étroite en salle de travail par monitoring, diminution du nombre de grandes extractions, augmentation du nombre de césariennes), alors qu'il atteignait 3,3 % les cinq premières années.

Pour les enfants de poids supérieur à 2500 grammes, la mortalité épurée s'élève à 0,9 %.

La MORBIDITE FOETALE est de 10,3 % et le pourcentage d'enfants réanimés atteint 6 %.

Dans 70,2 %, l'accouchement s'est terminé spontanément avec un taux de mortalité foetale globale de 5,3 % et un taux de morbidité de 6 %.

Dans 15,6 % des cas, nous avons pratiqué des manoeuvres obstétricales :

- 49 petites extractions du siège avec une mortalité foetale globale de 10,2 % et une morbidité de 38,8 %.

- 31 grandes extractions du siège avec une mortalité foetale globale de 12,9 % et une morbidité de 19,4 %.

- 7 forceps sur tête dernière avec une mortalité foetale nulle, mais une morbidité importante (42,9 %).

Nous avons pratiqué l'opération CESARIENNE dans 14,2 % des cas avec une mortalité foetale globale de 2,5 % et une morbidité de 7,5 %. Chez la Primipare de moins de 35 ans ce taux s'élève à 14,4 %, après 35 ans il atteint 40 %. Chez la Multipare, la fréquence a été de 11,2 % avant 35 ans et de 16,1 % après 35 ans.

L'analyse des différents facteurs intervenant dans le pronostic foetal (parité, âge de la parturiente, variété de présentation, poids foetal, dystocie associée, déroulement du travail et mode de terminaison de l'accouchement) nous a permis de souligner :

- La gravité du siège chez la Multipare et surtout chez la Multipare âgée (mortalité foetale de 16,1 %). En conséquence un élargissement des indications de l'opération césarienne chez ces parturientes, comme il l'a été fait chez la Primipare âgée, pourrait améliorer nos résultats.

- Le rôle défavorable du SIEGE COMPLET que l'on retrouve plus fréquemment chez la Multipare. La procidence du cordon y est plus souvent rencontrée.

- La gravité de la présentation du siège chez les enfants de poids inférieur à 2500 grammes (mortalité de 32,4 %) et chez les enfants de poids égal ou supérieur à 4000 grammes (mortalité de 8,3 %).

- L'importance du mode de terminaison de l'accouchement : le pronostic foetal s'assombrit fortement avec le nombre de manoeuvres d'extraction accomplies.

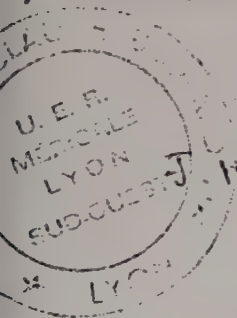
Nos résultats nous permettent de réaffirmer la nocivité des manoeuvres obstétricales au cours de l'accouchement en présentation du siège. Il semble que seul l'accouchement spontané soit satisfaisant et nous devons nous efforcer de le réaliser le plus souvent possible, en pratiquant une surveillance rigoureuse de toute gestante, qu'elle soit Primipare ou Multipare, depuis la consultation prénatale jusqu'à la délivrance.

Toute anomalie dépistée au cours de la grossesse par un examen clinique soigneux, par la radiopelvimétrie, par l'échographie, toute anomalie dépistée au cours du travail et non rapidement corrigée par les traitements habituels, toute dystocie surajoutée devra faire opter pour la voie haute.

C'est dire que l'opération césarienne devra être largement posée au cours des présentations du siège au détriment des manoeuvres d'extraction toujours très traumatisantes pour le foetus, mais sans oublier toutefois que l'opération césarienne, comme toute intervention chirurgicale, comporte des risques opératoires maternels.

Le Président de la Thèse
(Nom et signature)
Professeur L. DUMONT

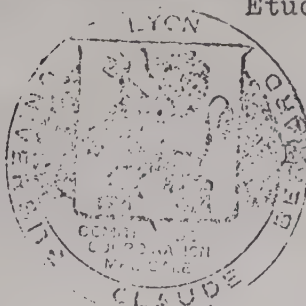
u, Le Directeur de l'U.E.R. Sud-Ouest



A handwritten signature in dark ink, appearing to be "L. Dumont", written over a horizontal line.

Vu et Permis d'Imprimer
Lyon, le 2 - DEC. 1973

Le Président de l'Université Claude Bernard
~~Président du Comité de Coordination des Etudes Médicales~~
Président du Comité de Coordination des
Etudes Médicales



GERMAIN.
ZOUKATINE

BIBLIOGRAPHIE

ARAVANTINOS D.I.

Etude statistique des résultats d'une série de 1820 accouchements par le siège.

Gyn. Obst., (PARIS), 1965, 64, 1, 111-118.

BARRIER J.

Présentation du siège

Revue prat., 1975, 25 N° 3, 179-187.

BAUDON J., BRUHAT M., COQUELET G. et DEFFARGES C.

Remarque à propos de 500 observations en série continue d'accouchements en présentation du siège. Revue franc. Gyn. Obst., nov. 1969, 64, N° 11, 563-572.

BENSON W.L. et coll.

Breech delivery in the primigravida.

Obst. Gynecol., sept. 1972, 40, 417-428.

BLANCHIN J. (Mme)

Pronostic foetal dans la présentation du siège. Etude statistique portant sur 17 années dans un service hospitalier de la région parisienne.

Thèse PARIS, 1965, N° 198, 29 pages.

BOEGLIN Cl.

La présentation du siège en regard des différentes attitudes prises à son égard par l'accoucheur. Thèse STRASBOURG, 1960.

BOSSART

387 accouchements en présentation du siège. Bilan critique de l'expérience de la clinique obstétricale de Bordeaux.

Thèse BORDEAUX, 1966.

BOUDYEMAA S. et coll.

La présentation du siège. Statistiques et bilan critique de notre conduite à tenir à la maternité de l'Hôpital Ariza Othmanâ. A propos de 779 observations.

Tunis Med., mar-apr. 1971, 2, 75-83.

BRACHT E.

Traitement de la présentation du siège.
Geburtsh. Frauenh., juil. 1965, 25, N° 7,
635-637.

BURGER P., MILFORT J. et DENEFF R.

Quelques considérations sur la présentation
du siège à la suite de données nouvelles à
son sujet.
Gynéc. Obst., sept-oct. 1962, 61, N° 4,
461-477, 12 tabl.

BURGER P. et MILFORT J.

La présentation du siège et sa mortalité
périnatale.
Arch. Franç. Méd., mars 1963, 19, N° 3,
352-356, 5 tabl.

CADERAS de KERLEAU J., DURAND G., VIALA J.L. et
GUIDICE N.

Etude de 595 accouchements en présentation
du siège.
Bull.Féd. Soc. Gyn. Obst., juin-août 1968,
20, N° 3, 305-306.

CADUC R.

Etude statistique de la présentation du siège
dans un service hospitalier parisien ; la
maternité du groupe hospitalier Pitié-
Salpêtrière.
Thèse PARIS, 1968, N° 27, 46 pages.

CHARLES C., BIRD M.D. et THOMAS W.

500 consécutive term breech deliveries. Use
of the Zatuchni-Andros prognostic scoring
index.
Obstet. Gynec. 1970, 35, N° 3, 451-456.

CHOSSON J., BLANC B. et PIANA L.

Les facteurs de pronostic dans la présentation
du siège.
Rev. franç. Gyn. Obst., mars 1969, 64, N° 3,
65-76, 6 fig., 12 tabl.

COLETTE C., ASSUS M., F. COLASSON, B. ZURLINDEN et
LYONNET M.

Conduite à tenir devant une présentation du
siège : utilisation du vacuum extractor.
Rev. Franç. Gyn., 1974, 69, N° 2, 103-110.

CREZE J.

Le pronostic foetal de la procidence du cordon
dans la présentation du siège. Gyn. Obst. juin-
juil. 1956, 55, N° 3, 333-335.

DEFFARGES C.

Etude statistique de 500 observations d'accouchements en présentation du siège.
Thèse CLERMONT-FERRAND, 1966.

DESPLANTES J.

281 observations d'accouchements en présentation du siège recueillies en série à la maternité de l'Hôpital Bellevue (Saint-Etienne).
Thèse LYON, 1954, N° 80.

DIECKMANN W.J., HARROD J.

Breech presentation at the Chicago Lying in Hospital.
Am. J. Obstet. Gyneco., 70, 1955, 252-265.

DORING G.F., HOBFIELD C.G.

Ergebnisse des prospektiven Geburtsleitung bei 500, Einlingsgebursten aus Beckenanlage. Geburtsh. u. Frauenheilk, 1974, 34, 436-443.

DUGAN R.J. et REDDING T.H.

Etude clinique de 550 accouchements par le siège observés pendant une période de 10 ans.
Am. J. Obst. Gyn., 1er mai 1962, 83, N° 9, 1167-1174.

DUMONT M.

Une cause rare de dystocie de la tête dernière. La rotation de l'occiput en arrière.
Rev. Franç. Gyn. Obst. mars 1962, 57, N° 3, 201-209, 9 fig.

DUMONT M.

Dystocie de la tête dernière avec rotation de l'occiput en arrière (A propos d'une nouvelle observation).
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., avril-mai 1963, 15, N° 2, 231-232.

DUMONT M.

Rotation de l'occiput en arrière avec relèvement des bras au cours de l'accouchement en présentation du siège.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., juin-août 1967, 19, N° 3, 240.

DUMONT M.

Histoire de l'obstétrique et de la gynécologie.
SIMEP Editions, Lyon 1968.

ELIOT B.W. et HILL J.G.

Méthode d'accouchement en présentation du siège avec utilisation des échantillons de sang foetal.

Brit. Med. J., 23 déc. 1972, 4, N° 5842, 703-706.

FARGIER Ph.

La période d'expulsion et ses dangers. Problèmes posés par l'expulsion du siège.

Cah. Méd. Lyon., 2 fév. 1973, 49, N° 5, 363-366.

GAJA R., ROUSILLE M., DUQUESNEL C., BERLAND M.

L'échographie ultra-sonique dans l'appréciation du diamètre bi-pariétal du fœtus in utero (céphalométrie foetale).

Cah. Méd. Lyonnais, 16 fév. 1973, 49, n° 7, 649-652.

GALLOWAY W.H. et coll.

Accouchement prématuré par le siège.

Am. J. Obst. Gyn. 1er déc. 1967, 99, N° 7, 975-984, 10 tabl.

GONNET J. et LUCKE J.

Déflexion irréductible de la tête dernière par malformation de la colonne vertébrale.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., nov.déc. 1960, 12 N° 5, 595.

GOSENDE J.C., BARBERIA J.M., DEPETRIS R.G. et CARNIELLI W.L.

Morbimortalité foeto-maternelle dans l'accouchement par le siège.

Prensa Méd. Argent., 26 sept.1969, 56, N° 30, 1467-1469.

GRANJON A. et HENRION R.

Présentation du siège.

Ency. Méd. Chir. 1967.

GROSIEUX P., BARRAYA P.L. et ROUCHY R.

A propos du pronostic foetal dans la présentation du siège.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., avril-mai 1968, 20, N° 2, 203-204.

HALL J.E., KOHL S.G., O'BRIEN F. et GINSBERG M.

Présentation du siège et mortalité pré-natale.

Am. J. Obst. Gyn., 1er mars 1965, 91, N° 5, 665-683, 18 tabl.

- HAMBERT G. et AKESSON H.O.
Etude socio-psychiatrique au long cours de
200 enfants nés par le siège.
Acta psychiat. Scand., 1973, 49, N° 3, 264-271.
- HELFFERICH M. et FAVIER J.
Présentation du siège.
Amer. J. Obstet. Gynec., 1er mai 1971, 110,
N° 1, 58-61.
- JAROUSSE J. et LERAT M.F.
Etude des facteurs du pronostic et de la détermination de la conduite à tenir dans la présentation du siège.
Revue Franç. Gyn. Obst. Février 1959, 54, N° 2, 91-108.
- JAROUSSE J.
Considération sur le mécanisme de l'accouchement normal par le siège.
Bull. Fed. Soc. Gyn. Obst., 1965, 17, N°5 bis, 768-769.
- JAROUSSE J.
Un cas de présentation du siège avec déflexion de la tête.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., avril-mai 1967, 19, N° 2, 182.
- HOHNSON C.E.
Présentation du siège à terme.
Am. J. Obst. Gyn., 15 mars 1970, 106, N° 6, 865-971, 6 tabl.
- JURADO L., MILLER G.L.
Présentation du siège.
Am. J. Obstet. Gynecol., 1968, 101, 183-189
- KELLER B. et DELLENBACH P.
Traitement de la procidence du cordon dans la présentation du siège.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., avril-mai 1959, 11, N° 2, 194-195.
- KEVORIAN G.
Analyse de 451 observations d'accouchements en présentation du siège.
Thèse LYON, 1962, 43 p. in Lyon Méd., 21 oct., 1962, 94, N° 42, 749.

LACAGNE J.P.

Etude statistique de la mortalité foetale et néo-natale dans la présentation du siège.
Thèse PARIS, 1961, N° 208, 58 pages.

LACOMME M., LE LORIER G. et COHEN J.

Etude statistique du pronostic de l'accouchement en présentation du siège, à propos de 506 observations.
Gyn. Obst., janv.-mars 1965, 64, N° 1, 17-36.

LANKA L.D. et NELSON H.B.

Présentation du siège avec mortalité foetale réduite.
Am. J. Obst. Gyn., 15 juil. 1969, 104, N° 6, 879-882.

LEEB J.

Une analyse de 1.082 accouchements par le siège à l'Hôpital Baragwanath en 1967.
South. Afr. Med. j., 24 mai 1969, 43, N° 21, 623-625, 6 tabl.

LYONNET R., GONNET J. et LUCKE J.

Présentation du siège et bassin transversalement rétréci. Coïncidence ou conséquence ?
Bull. Féd. soc. Gyn. Obst., 1961, 13, N° 4 bis, 549-552.

MERGER R. LEVY S. et MELCHIOR J.

Les présentations du siège.
Précis d'obstétrique, Masson 1961.

MESTRALLET A.

Conduite à tenir devant une présentation du siège.
Cah. Méd. Lyon, 10 déc. 1971, 47, N° 40, 4685-4686.

MULLER P., MEYER Ch., VANDERVELLEN R. et DELLENBACH P.

Intérêt pronostique de la radiologie dans la présentation du siège.
Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. janv.-mars 1968, 20, N° 1, 86.

MORGAN H.S. et KANE S.H.

Une analyse de 16.327 présentations du siège.
J.A.M.A., 25 janv. 1964, 187, N° 4, 262-264, 5 fig.

NEILSON D.R.

Traitement du nouveau-né de gros poids en présentation du siège.

Am. J. Obst. Gyn., 1er juin 1970, 107, N° 3, 345-348.

PALLIEZ R. et coll.

La mortalité foetale dans l'accouchement en présentation du siège. Etude statistique, intérêt des perfusions d'ocytociques.

Gyn. et Obst., juin-août 1967, 66, N° 3, 283-292.

PERRIN P.

Etude statistique des accouchements en présentation du siège à l'Hôpital de Dinan de 1964 à 1970.

Thèse Méd. RENNES 1971.

PETITNICOLAS J.

Présentation du siège : présentation eutocique ou dystocique.

Rev. Méd. Normandes, fév. 1967, 9, N° 2, 77-88.

PIANON J.C.

Etude statistique récente des présentations du siège. A propos de 159 grossesses uniques et 26 gemellaires. Service de gynécologie-Obstétrique de Mr le Pr. Notter - Hôtel-Dieu.

Thèse LYON, 1974.

PIGEAUD H., NEUMANN E. et FAVIER J.P.

Accouchement en présentation du siège. A propos de 451 observations.

Gyn. Obst., juin-juil. 1963, 62, N° 3, 315-322.

PLASSE G., GOIRAND R., RAY-LARA J. et BLANC B.

Considération sur le pronostic foetal dans la présentation du siège.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., janv.-mars 1968, 20, N° 1, 34-39.

POTTER EL.

Foetal and neo-natal deaths. A statistical analysis of 2000 autopsies.

J.A.M.A. 1940, 15, 996.

POTTER MG, HEATON CE.

Intrinsic risk in breech delivery.

Obst. Gynec. 1960, 15, 158-162.

RICHARD P.A., MESNARD F., SOUTOUL J.H. et LAPIERRE F.

Etude statistique sur les présentation par le siège dans un service de 1955 à 1964.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Nov.déc. 1965, 17, N°5, 512-515.

RIVIERE M. et CHASTRUSSE L.

L'épreuve du travail "sur le col" élément de pronostic dans l'accouchement en présentation du siège.

Gynéc. Obst., sept.-oct. 1967, 66, N° 4, 395-428, 14 tabl.

RIVIERE M. et coll.

L'épreuve du travail sur le col, élément capital du pronostic foetal dans l'accouchement en présentation du siège. Expérience de la Clinique Obstétricale de BORDEAUX (1956-1965). A propos de 311 observations d'enfants non jumeaux de poids supérieur ou égal à 2,500 kg. Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., nov.déc. 1967, 19, N° 5, 449-452.

ROUCHY E.M. (Mme)

La mortalité foetale dans l'accouchement par le siège.

Thèse PARIS, 1963, N° 1081, 22 pages, 4 tabl.

ROUCHY R., CREZE J., LE DALLE R. et GROSIEUX P.

Mortalité foetale dans l'accouchement par le siège.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst. avril-mai 1963, 15, N° 2, 275.

ROUCHY R., GROSIEUX P., Mme M.T. ROCHARD, J.F. MINIER et CREZE J.

Opération césarienne et présentation du siège. Gyn. Obst., 1966, 65, N° 5, 573-584.

ROVINSKY J.J., MILLER J.A. et KAPLAN S.

Traitement de la présentation du siège à terme. Amer. J. Obstet. Gynec., 14 février 1973, 115, N° 4, 497-513, 11 tabl.

SCHER E.

Evaluation de la céphalométrie par ultra-sons dans la présentation du siège.

Am. J. Obst. Gyn., 15 avr. 1969, 103, N° 8, 1125-1130, 6 fig.

SCHOLTES G.

Problème posé par l'accouchement en présentation du siège.

Geburtsh. u. Frauenheilk, 1974, 34, 444-447.

SERMENT H., BOSSI G., PIANA L., BLANC B et OLIVIER G.

La place de la césarienne dans l'accouchement en présentation du siège.

Bull. Féd. Soc. Gyn. Obst., avril-mai 1969, 21, N° 2, 183-184.

SMITH R.S. et OLDDHAM R.R.

Accouchement par le siège.

J. Obst. Gyn., juil. 1970, 36, N° 1, 151-155.

SCHRAGE R.

A propos de l'étiologie de la présentation du siège.

Z. Geburtsh. Perinat. 1973, 177, 437-455.

SOUTOUL J.H. et LISKA G.

Etude statistique sur la présentation par le siège portant sur 160.000 accouchements pendant dix ans (1956-1965).

Rev. Franç. Gyn. Obst., sept. 1968, 63, N° 9, 455-465, 9 tabl.

SOUTOUL J.H. et LISKA G.

Accouchement par le siège.

Vie méd., avr. 1969, 50, 1, 1612-1617.

TANK E.S., DAVIS R., HOLT J.F. et MORLEY G.W.

Mécanismes du traumatisme au cours de l'accouchement par le siège.

Obstet. and Gynec., nov. 1971, 38, N° 5, 761-767.

TENHAEFF D., SPULAK-ESSER E. et FELMANN H.U.

Handicap intellectuel chez l'enfant après accouchement par le siège.

Münch. Med. Wschr., 15 sept. 1972, 114, N° 37, 1565-1569.

TODD W.D. et STEER C.M.

Présentation du siège à terme : revue de 1.006 accouchements avec présentation du siège à terme.

Obst. A. Gynec., nov. 1963, 22, 583, un Internat. Surg. Dig., mars 1964, 73, N° 3, 103.

VARNIER Ch.

Equilibre acido-basique du nouveau-né à la naissance en fonction des facteurs obstétricaux : 487 observations.

Thèse LYON 1971, N° 68.

VIVET M.

A propos de 2.208 accouchements par le siège à la Maternité de l'Hôpital Mustapha d'Alger. Thèse PARIS, 1967, N° 830, 114 pages.

WILLIAM L., BENSON M.D., DAVID C., BOYLE.

Présentation du siège chez la primipare.

WRIGHT R.C.

Diminution de la mortalité et de la morbidité
périnatales dans la présentation du siège par
l'opération césarienne de routine.

Obstet. and Gynec. 1959, 14, 758.

ZATUCHNI G.I., and ANDROS G.J.

Pronostic index for vaginal delivery in breech
presentation at term. Prospective study.

Amer. J. Obst. Gynec. 1967, 98, 854.

Eléments de pronostic dans l'accouchement du siège.

Presse méd., juin 1965, 73, N° 28, 1645.

TABLE DES MATIERES

PLAN.....	12
AVANT-PROPOS.....	14
VUE D'ENSEMBLE	
CHAPITRE I. Classification générale.....	16
A - Suivant la parité.....	16
B - Suivant la variété du siège.....	16
C - Suivant le poids du fœtus.....	17
CHAPITRE II. Classification selon le mode de terminaison de l'accouchement....	18
CHAPITRE III. Facteurs pouvant favoriser le siê- ge.....	19
A - Causes d'ordre maternel.....	19
1. La parité.....	19
2. Les bassins rétrécis.....	19
3. Les tumeurs praevia.....	20
4. Malformations utérines.....	20

B - Causes d'ordre foetal.....	20
1. Petit volume de l'enfant.....	20
2. Excès de volume foetal.....	20
3. Malformations foetales.....	21
C - Causes d'ordre annexiel.....	21
1. Hydramnios.....	21
2. Briéveté du cordon.....	21
3. Insertion basse du placenta.....	21
 PRONOSTIC MATERNEL.....	 23
1. Déchirures périnéo-vaginales.....	23
2. Suites fébriles.....	24
3. Accidents thrombo-emboliques.....	24
 PRONOSTIC FOETAL.....	 25
 CHAPITRE I. Résultats globaux.....	 25
A - La morbidité foetale.....	27
1. Résultats.....	27
.suivant la parité.....	27
.suivant le type de siège.....	27
.suivant le poids foetal.....	27
.suivant le mode de terminaison de l'accouchement.....	28
2. Différents types de lésions rencontrées..	28
a) enfants réanimés.....	28
b) hémorragies méningées.....	28
c) atteinte du plexus brachial.....	29
d) hématome du sterno-cléido-mastoidien...	29
e) lésions diverses.....	29
3. Résumé des observations de morbidité foetale.....	29
B - Mortalité foetale.....	42
1. Résultats.....	44
.suivant la parité.....	44
.suivant le type de siège.....	44

.suivant le mode de terminaison de l'accouchement.....	44
2. Résumé des observations de mortalité foetale.....	46
CHAPITRE II. Etude du pronostic foetal.....	52
A - Facteurs maternels.....	52
1. Parité.....	52
2. Age de la parturiente.....	53
3. Anomalie du bassin.....	55
4. Poids de la mère.....	55
5. Taille de la mère.....	56
B - Facteurs foetaux.....	56
1. Type de siège.....	56
2. Poids de l'enfant.....	57
3. Attitude de la tête foetale.....	58
C - Facteurs propres à l'accouchement.....	59
1. Rupture prématurée des membranes.....	59
2. Procidence du cordon.....	62
3. Durée de la dilatation.....	63
4. Mode de terminaison de l'accouchement....	65
a) accouchement spontané.....	66
b) petite extraction du siège.....	66
c) grande extraction du siège.....	67
d) forceps sur tête derrière.....	69
e) ventouse sur siège.....	70
f) place de la césarienne.....	70
g) conduite à tenir.....	74
CONCLUSIONS.....	77
BIBLIOGRAPHIE.....	80

